

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N° 515

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques-Amphion BOREL

Né le 25 septembre 1899 à Pouget (Hérault)
Ancien Interne de la Maison Départementale de Nanterre
Interne des Asiles de la Seine

LES

MÉCONNAISSANCES SYSTÉMATIQUES

CHEZ L'ALIÉNÉ

LA MÉCONNAISSANCE DE LA MORT

Président : M. CLAUDE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1931

18

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques-Amphion BOREL

Né le 23 septembre 1899 à Pouget (Hérault)
Ancien Interne de la Maison Départementale de Nanterre
Interne des Asiles de la Seine

LES

MÉCONNAISSANCES SYSTÉMATIQUES
CHEZ L'ALIÉNÉ

LA MÉCONNAISSANCE DE LA MORT

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médecine-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Hen-
 ri. Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE(Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MILLOT. . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VAILLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique
 LEROUX . . . Anatomie pathologique.

MM

NEVEU LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique,

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ABRAMI . . .	Clinique médicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
METZGER . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, *professeur sans chaire	) Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
LEDoux-LEBARD	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND-MÈRE
Mme Veuve B. BOREL

A MES PARENTS

A MA FEMME ET A MON FILS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur HENRI CLAUDE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et à qui nous exprimons notre reconnaissance.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE LYON
ET DE PARIS

A NOS MAITRES DE LA MAISON DE NANTERRE
(internat 1926-1929)

M. le Docteur JEAN MICHAUX

M. le Docteur HENRI FRANÇAIS

A NOS MAITRES DE L'INFIRMERIE SPÉCIALE
DE LA PRÉFECTURE DE POLICE
(internat 1929-1931)

M. le Docteur de CLÉRAMBAULT

Médecin en chef

M. le Docteur LOGRE

Médecin-chef adjoint

M. le Docteur HEUYER

Médecin des Hôpitaux

Médecin-adjoint

A M. le Docteur E. TOULOUSE

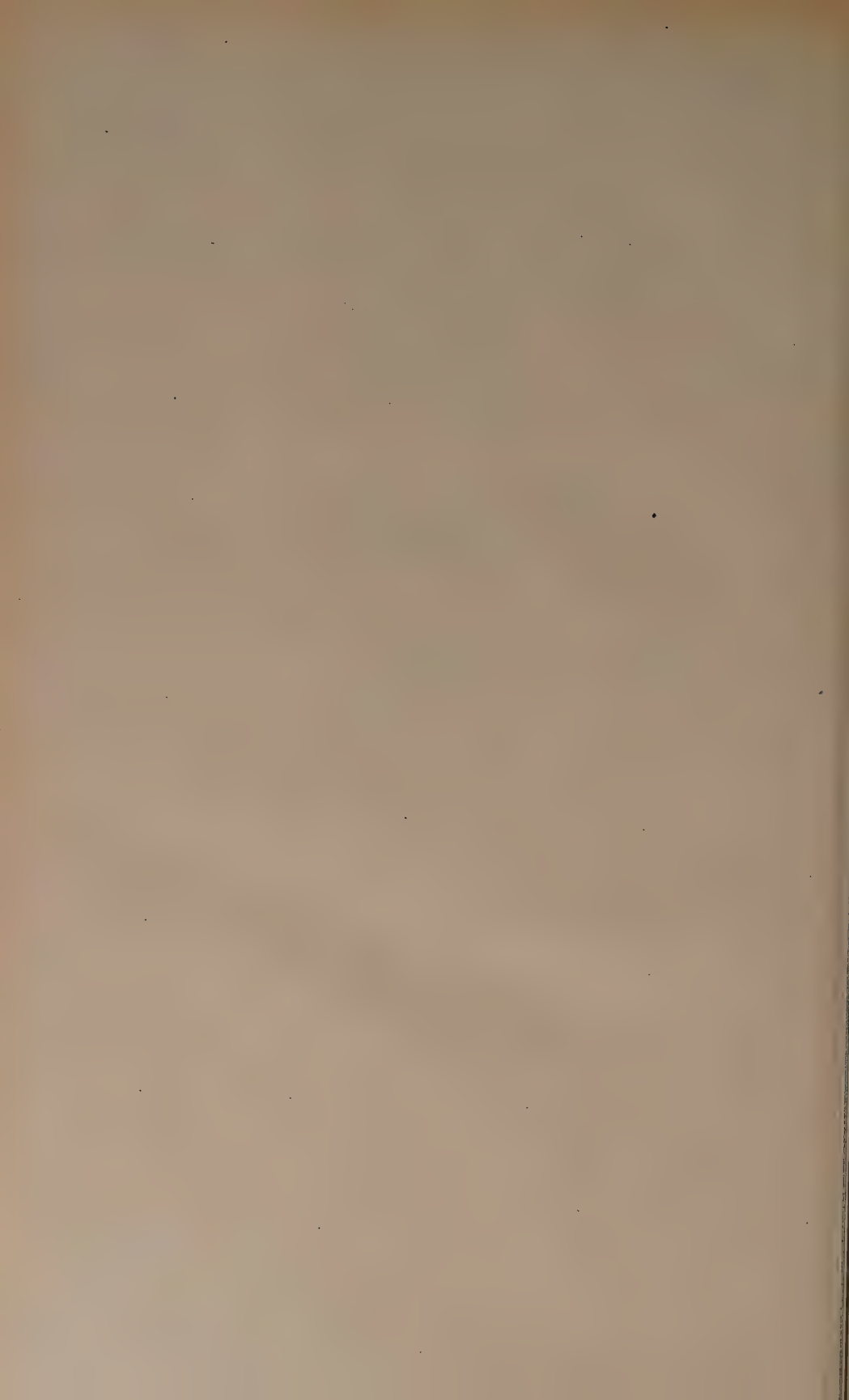
Médecin directeur de l'Hôpital Henri Rousselle

(internat 1931)

AVANT-PROPOS

Les méconnaissances systématiques sont fréquentes chez l'aliéné. Dans toutes les formes de l'aliénation on peut les voir survenir et de nombreuses observations en rapportent des exemples. Nous nous proposons de faire l'étude d'un cas particulier de méconnaissance : la méconnaissance et la négation de la mort.

Notre travail a pour base XIX observations inédites. Elles ont été colligées par M. de Clérambault, qui nous a fourni le sujet, les documents et l'argumentation de cette thèse. Les observations XIV et XVII ont été prises par nous-même dans le service de notre maître M. Heuyer.



CHAPITRE I

LA MÉCONNAISSANCE SYSTÉMATIQUE

Les psychoses aiguës s'accompagnent de troubles constants de la reconnaissance.

La mélancolie produit un sentiment de malaise, d'étrangeté, puis de doute sur la personnalité et sur l'ambiance. D'après M. Séglas, ce sentiment dérive d'un trouble primordial de la cénesthésie. L'aggravation et la prolongation du trouble cénesthésique mènent du doute à la négation. Le malade n'a plus de sang, plus d'organes, plus d'âme. Il est dans le néant. C'est le délire des négations, systématisé dans la forme décrite par Cotard.

Dans la confusion mentale, l'insuffisance des perceptions, le ralentissement et le désordre des associations d'idées, la dysmnésie, l'obnubilation de la conscience traduisent l'atteinte brutale de la synthèse mentale. Le confus, étonné et inquiet, se trouve changé. Il ne reconnaît pas son entourage, ne se reconnaît plus lui-même.

La manie ne produit pas ce trouble profond de la synthèse mentale, qui donne au mélancolique et au confus un sentiment pénible de méconnaissance. La perception du maniaque est vive, aisée, rapide. Cependant la manie s'accompagne, d'une façon habituelle, de fausses reconnaissances.

Dans les affections qui renferment ces différents syndromes de dépression, d'excitation, de confusion : états mixtes, psychoses toxiques, puerpérales, polymorphes, on trouve la même formule de méconnaissance.

Cette méconnaissance est vague, diffuse, généralisée. Elle fait partie intégrante de la maladie. Elle porte à la fois sur le monde extérieur et sur la personnalité même du malade, qui en a toujours partiellement conscience.

La méconnaissance systématique est au contraire une conviction délirante. Elle résulte d'un trouble de la reconnaissance, en vertu duquel l'aliéné refuse d'admettre la véracité d'un point de fait. Assez rare dans les états aigus, on la rencontre souvent au cours des psychoses chroniques. Elle peut avoir pour objet toute situation, ancienne ou nouvelle, concernant les personnes et les biens.

L'identité en fournit de nombreuses occasions. Le malade nie l'identité de telle personne de son entourage, mère, femme, mari, enfant. La méconnaissance s'étend parfois à tous les membres de la famille, considérés comme de faux parents. Elle englobe même les parents morts. Elle est associée assez souvent à des idées de

substitution, substitution d'enfants à la naissance, de cadavres après la mort.

M. Capgras a décrit, sous le nom de d'Illusion des sosies, une forme particulière de méconnaissance, qui représente selon sa propre expression, une agnosie d'identification. Le malade nie l'identité de tel personnage qu'il ne reconnaît pas, et auquel on a, croit-il, substitué un sosie.

Soit comme corollaire d'une méconnaissance de l'identité, soit à d'autres titres, la négation systématique porte souvent sur les actes de l'état-civil. Le malade assure qu'il s'agit de faux mariage, de faux divorce. L'extrait de naissance, le livret de mariage, les registres officiels sont des faux.

Concernant les biens, la méconnaissance et la négation surgissent surtout à l'occasion d'actes judiciaires ou administratifs, expropriation, faillite, jugement, vente par voie de justice, etc.

Déterminée par des processus très divers, la méconnaissance systématique forme un bloc idéo-affectif, dans lequel la part de l'affectivité et la part de l'intellect sont des éléments de valeur variable. L'affectivité joue un rôle important dans la genèse des méconnaissances. On la trouve souvent à leur origine et elle est nécessaire à leur prolongation. Mais son rôle est subordonné à l'état intellectuel du sujet et la pathogénie des méconnaissances varie en fait selon la nature et le degré du déficit intellectuel.

Ainsi dans l'observation de Chaslin : « Mme Hei, démente sénile. Un jour elle ne veut pas se mettre à table. Elle attend son mari qui est sorti et elle se fâche contre ses enfants, trouvant inconcevable qu'ils veuillent dîner avant que le chef de la famille soit rentré. Or celui-ci est mort depuis de longues années », la méconnaissance relève des lésions de la mémoire, primordiales chez le dément sénile.

Dans les délires chroniques, l'affectivité peut déterminer la méconnaissance de différentes manières. « Le caractère tend à passer dans la personnalité seconde constituée par le délire. De là l'influence du fond paranoïaque, jaloux ou interprétatif. Ce qui n'était que contrariété devient aversion chez la personnalité parasite ; ce qui est aversion devient répudiation ; la répudiation devient elle-même une négation systématique. Que la fille d'une malade oppose au délire de sa mère le traitement logique des familles, elle ne sera bientôt plus qu'un sosie de la vraie fille » de Clérambault.

Dans d'autres cas la méconnaissance est une notion fournie au sujet par des hallucinations, ou dérivée de son délire. Elle entraîne un état affectif qui impose la conviction à la faveur de l'affaiblissement vésanique.

Le délire d'interprétation est particulièrement riche en méconnaissances. On en trouve de nombreux cas dans l'ouvrage de MM. Sérieux et Capgras, « les Folies raisonnantes ». Obs. I, la malade affirme qu'elle est divorcée. Le divorce a été prononcé lors d'un premier internement. On a présenté aux magistrats, à sa place, une malade inconsciente. Son mari a obtenu le juge-

ment grâce à des faux et des substitutions de personnes. Son frère forge de fausses dépêches. Le portrait d'un grand duc ressemble singulièrement à son mari.

Une autre (Obs. III) reconnaît son oncle sous un costume bizarre et un M. X. déguisé au moyen d'une fausse barbe. Quand elle aperçoit son fils, elle doute de son identité.

Un érotomane (p. 116) remarque qu'on fait passer devant lui, dans le demi-jour, des sosies de sa fiancée.

La malade de l'obs. XII prétend avoir été reçue à la préfecture par un faux chef de bureau qui a fabriqué des faux. Les gens qui l'ont arrêtée sont de faux agents. A l'asile tout est comédie. Les magistrats qui viennent la voir sont de faux magistrats.

Un malade (obs. XIII) reconnaît la même personne qui le poursuit sous des déguisements différents.

Dans l'observation XVIII la malade, au cours d'un délire de filiation, méconnaît l'identité de sa mère. Son acte de naissance est un faux.

Tous ces phénomènes, fausses reconnaissances, sosies, agnosies d'identification, affirmations et négations systématiques, ne relèvent pas d'un trouble identique. Tantôt isolés, tantôt faisant partie d'un syndrome de transformation complète de l'ambiance, ils sont liés à des processus divers et complexes, paranoïaque, interprétatif, intuitif, etc. Des états affectifs, même faibles, peuvent amener des synthèses erronées (Sérieux et Capgras). Le sujet normal rectifie rapidement ces synthèses. Chez le délirant, elles se fixent et évoluent.

L'affectivité est enfin le *primum movens* des néga-

tions systématiques si fréquentes chez les passionnels. Une érotomane refuse d'admettre que l'objet de son délire est marié. L'affirmation que lui-même en donne est une ruse destinée à l'éprouver ; le livret de mariage qu'on lui montre est un faux ; les registres de la mairie, de la sacristie, qu'on lui fait voir, sont falsifiés. La méconnaissance dérive d'un état passionnel extrême, le déficit intellectuel n'étant pas décelable.

Le revendicateur paranoïaque méconnaît la réalité d'un acte administratif ou judiciaire. Son orgueil, sa haine, sa passion y trouvent à la fois une satisfaction et un aliment. L'étroitesse de son champ mental, la fausseté de son jugement, l'altération de sa logique permettent la fixation de la conviction délirante.

Une différence notable apparaît ici dans la nature des méconnaissances. La passion peut entraîner une négation systématique. Mais le passionnel nie un point de droit plus qu'un point de fait. Quand il prétend qu'un jugement est nul, il met en doute la sincérité, l'authenticité, la qualité des opérations. Sa négation porte sur des faits de nature intellectuelle et non sensorielle. Son raisonnement, ses conclusions sont dyslogiques. Il refuse d'adapter sa personnalité à une situation qui le contredit. Il se fixe dans une attitude qui le satisfait, parce qu'elle est dans la ligne même de sa personnalité.

La négation systématique d'un point de fait traduit au contraire l'altération de la personnalité. Le malade qui nie l'identité d'un membre de sa famille contredit toute

son expérience et son passé. L'affectivité ne peut réaliser à elle seule un trouble pareil. Elle fournit le thème de méconnaissance, mais ne réussit à l'imposer qu'à la faveur de l'altération intellectuelle. La méconnaissance est un élément d'ordre déficitaire.

Sa nature déficitaire est évidente dans les états marqués d'affaiblissement. Chez les déments, les idiots ; chez la plupart des déments précoces, la plupart des paranoïdes, éminemment aptes aux délires que Dupré appelait de non-conformité, enfin chez les confus, la méconnaissance est le fait direct de l'altération intellectuelle.

Chez les malades lucides, schizophrènes, délirants chroniques, la méconnaissance dérive d'un état affectif. Mais elle trouve également un substratum dans les états déficitaires ou seulement prédéméntiels. D'après M. de Clérambault, la psychose de l'adulte, quoique essentiellement constructive, n'en comporte pas moins un élément négatif, caché sous la construction délirante. Cet élément négatif, prélude de la démence, se traduit parfois par des processus particuliers « sentiment d'étrangeté, ressemblances, fausses reconnaissances ». C'est auprès de ces signes que peuvent prendre place les méconnaissances systématiques.

Le méconnaissance systématique de la mort se présente sous plusieurs modalités. Dans la méconnaissance du cadavre, l'aliéné ne reconnaît pas la mort d'un être de l'entourage familial. Il assiste inconscient à l'agonie

et à la mort. Il conserve le cadavre, continue de vivre avec lui, le soigne, le nourrit selon ses moyens d'activité. Quand la notion de la mort lui est fournie de l'extérieur, il ne l'accepte pas. Il refuse de livrer le corps dans lequel il trouve toujours des signes de vie.

Il arrive que la mort ait été reconnue et ce n'est qu'au bout de plusieurs heures que surgit la conviction soudaine qui fixe la méconnaissance.

Dans d'autres cas la négation systématique porte non pas sur le cadavre, mais sur l'identité du cadavre. L'aliéné, mis en présence du corps de son parent, reconnaît bien qu'il s'agit d'un cadavre, mais refuse d'admettre l'identité de ce cadavre. Les deux négations peuvent apparaître au cours de la même méconnaissance. Dans un premier temps le malade nie la mort de son parent. Secondairement, quand il accepte la notion de la mort, il nie l'identité du cadavre.

Une quatrième forme de méconnaissance consiste dans la négation systématique d'une mort ancienne, reconnue et admise en son temps. Elle représente un thème délirant, une résurgence du passé dans le délire.

Ces différentes modalités se rencontrent au cours d'affections identiques. La psychose hallucinatoire chronique par exemple montre des cas de méconnaissance du cadavre, de négation de l'identité du cadavre, de méconnaissance rétrospective.

Nous classerons nos observations selon le degré très approximatif du déficit intellectuel. Partant des plus démentiellles, où le jeu psychologique est sommaire,

nous envisagerons des psychoses de plus en plus riches. L'affectivité intervient davantage. En même temps la méconnaissance prend plus d'importance dans le délire. Elle devient un thème délirant, autour duquel, en vertu de sa charge affective, peut se systématiser tout le délire.

CHAPITRE II

DÉMENTS

Obs. I. — Lar. Félix, 78 ans, chef de bureau retraité de la Préfecture de la Seine, dément sénile. Sa femme, alcoolique chronique, voit des rats, des serpents dans sa chambre. Elle influence son mari, craintif et suggestible ; le fait boire avec excès.

Un jour Lar. est trouvé errant dans les rues de Vanves, loin de son domicile, égaré, amnésique, probablement à la suite d'un ictus. Quand on le ramène chez lui, on trouve sa femme morte, affaissée sur une chaise.

En présence du cadavre, Lar. déclare que cette femme morte n'est pas la sienne. Il refuse de la reconnaître. Il assure que sa femme est à Vanves, chez sa mère. Il fabule (sa belle-mère habitait la Bretagne).

Infirmierie spéciale. Incurique, excité, totalement inconscient de la situation. Mourut un mois après à l'asile.

La négation porte non sur le fait de la mort, mais sur l'identité du cadavre. Elle est liée aux lésions de la mémoire, fondamentales chez le dément sénile et aggravées par l'ictus récent.

Lar. a perdu tous les souvenirs, toutes les images, même les plus personnels. La vue de sa femme est une image nouvelle qu'il ne peut pas identifier. Mémoire de fixation et mémoire d'évocation sont également détruites. Les perceptions actuelles restent sans écho, d'ailleurs elles-mêmes altérées.

Le déficit intellectuel grossier suffit à créer la méconnaissance et le mécanisme amnésique est évident.

Peut-être dans la fabulation : ma femme est à Vanves, peut-on déceler une tendance euphorique, assez nette à l'examen.

Obs. II. — Paralyse générale Goub. Victor. Infirmerie spéciale. Sa femme décédée depuis 24 heures, on le trouve couché auprès du cadavre. Interrogé par le commissaire, il répond que sa femme n'est pas morte. Il refuse d'aller à la Mairie faire la déclaration du décès. Au Commissariat, il demande à retourner auprès de sa femme pour la soigner.

Démence profonde. Incurique, sordide, niais, inerte ; réponses sommaires et inadaptées. Morose, avec de brefs moments de satisfaction. Dysarthrie considérable, pupilles inégales et paresseuses.

Actuellement il ne méconnaît plus la mort de sa femme. Mais indifférent et anidéique, il ne parle pas d'elle spontanément. Invité à retourner auprès d'elle, il refuse.

La méconnaissance a été passagère, non systématique mais absolue, comme en témoigne l'attitude de Goub au Commissariat.

L'idée de la mort ne se fait jour dans son cerveau qu'au bout de plusieurs heures et encore parce qu'elle lui est fournie de l'extérieur. Il la reçoit passivement.

D'ailleurs elle est annihilée par la difficulté d'évocation verbale.

Ainsi quand on lui donne la notion de l'enterrement, il veut en parler mais ne trouve pas le terme.

Il faut en outre noter l'intervention d'un état affectif particulier, d'ordre pégétique : l'euphorie.

Le malade ayant maintenant perdu son optimisme, accepte en même temps l'idée de la mort. Il est inerte et déprimé. Il y a quelques heures, il était tonique et actif ; du Commissariat il voulait retourner auprès de sa femme pour la soigner. A présent il refuse d'aller à l'enterrement. Le retour de l'euphorie ramènerait peut-être la méconnaissance.

Obs. III.— Démence sénile. Mme C..., veuve Ch..., 79 ans, affirme que son mari, depuis longtemps décédé, n'est pas mort.

« Mon mari n'est pas mort. Je n'étais pas là quand il est mort ; c'est une affaire qu'il a arrangée avec sa tante. Il courait et court encore après les femmes. Il s'est fait enterrer lui-même et m'a envoyé une lettre de faire-part. Je puis vous montrer à la maison de nombreuses lettres de faire-part. Si vraiment il est enterré, demandez des renseignements à l'Administration. Moi je n'en sais rien. Laissons le dormir s'il meurt un jour ».

Ces propos sont émis au cours d'un état d'excitation d'allure hypomaniaque : logorrhée, mobilité, euphorie, aisance et incurie.

Le procès-verbal signale du désordre des actes : gesticulations à la fenêtre, voulait régler la circulation des voitures, donnait des ordres aux conducteurs, distribuait des bénédictions aux passants, etc.

Affaiblissement intellectuel, troubles de la mémoire, désorientation, sordidité.

Il est difficile de déterminer les parts respectives de la démence sénile et de l'hypomanie dans la genèse de la négation systématique. La conviction semble tantôt absolue et tantôt empreinte de doute. Ces alternatives, ces mélanges de certitude et d'incertitude s'observent souvent dans le comportement des convictions délirantes chez le maniaque, souvent aussi chez le sénile.

Il ne s'agit pas ici de ce retour total au passé, fréquent dans la démence sénile. La malade vit dans le temps présent ; sa désorientation relève de l'amnésie banale et de l'incurie ; la méconnaissance reste limitée au thème marital.

Fait remarquable, la note passionnelle qui accompagne la méconnaissance est de forme haineuse et non de forme affectueuse. Le sentiment haineux se voit fréquemment à l'origine des méconnaissances portant sur la qualité d'une personne. « Tu n'es pas ma fille » conclut la paranoïaque dont la fille oppose au délire une argumentation logique. Mais dans les négations de la mort, c'est toujours, en règle générale, un sentiment affectueux qui préside à la méconnaissance ou à la résurrection.

L'aversion de la malade envers son mari semble être un sentiment ancien. La sénilité pouvait le faire oublier ; mais elle pouvait aussi, selon la loi de Ribot, le restituer à l'actualité. L'excitation maniaque a parachevé la résurgence.

Obs. IV. — Démence. Mlle Co . , 57 ans, Anglaise, institutrice, bizarre depuis une dizaine d'années, avait progressi-

vement perdu toute activité professionnelle et sociale. Depuis des mois ne sortait plus. Enfermée dans l'appartement de sa mère, passait des journées sans bouger, inerte et indifférente. Pendant des semaines mutisme absolu.

Sa mère mourut. La mort passa d'abord inaperçue. Au bout de quelques jours, le Commissaire ayant frappé en vain, fit enfoncer la porte. Dans un lit était étendu le cadavre de Mme C.. Auprès d'elle, la malade était couchée, ses membres mêlés à ceux du cadavre. On dut l'arracher du lit.

Certificat d'internement : « Psychose chronique, probablement avec affaiblissement intellectuel Mutisme vésanique, opposition, rigidité, occlusion des yeux. Clausturation depuis plusieurs mois en compagnie de sa mère, peut-être codélinante mais subvenant à ses besoins. Mutisme depuis plusieurs mois. Délire ou démence depuis plusieurs années. Trouvée couchée auprès du cadavre de sa mère, décédée depuis plusieurs jours », de Clérambault.

A l'asile, indifférente, incurique et apathique. Son affaiblissement intellectuel fut confirmé sans hallucination ni délire. Peu de temps après, elle fut transférée dans une maison de retraite en province.

Dans cet état démentiel, difficile à préciser, les valeurs intellectuelles et affectives paraissent en grande partie détruites. La malade est incapable de se représenter les signes et la notion même de la mort.

L'affectivité ne paraît pas intervenir directement dans la genèse de la méconnaissance. La malade présente une indifférence fondamentale, une totale absence de réaction émotive. Cependant un sentiment existe encore, résiduel et stéréotypé, l'attachement quasi-instinctif pour sa mère, avec laquelle elle a longtemps partagé, pour ainsi dire, son autisme,

Cet élément affectif, quoiqu'ayant peu de valeur intrinsèque, entraîne la méconnaissance, grâce au déficit intellectuel important.

Obs. V. — Démence vésanique. Mme Dan..., 45 ans, infirmerie spéciale. Depuis longtemps conduite désordonnée. La nuit crie, frappe contre les murs. Le jour injurie tout le monde. Lettres de plainte et démarches au Commissariat. Ne travaille pas. Appartement sordide.

Se plaint d'entendre des injures, des menaces. Prétend que ses plafonds sont complètement ouverts et que le locataire de l'étage au-dessus la surveille.

Suggestion ressentie la nuit. Délire stéréotypé. Facies inerte, attitude maniérée, torpeur brusque qui alterne avec une certaine vivacité.

Mme Dan. est arrivée dans le service portant dans les bras le cadavre d'un chat enveloppé de haillons. Le chat est crevé depuis une semaine, en état de putréfaction avancé. Mais elle ne veut pas s'en séparer, car elle le prétend vivant.

« J'étais au bar, dit-elle, on a tiré la queue de mon chat. Il a rendu l'âme, mais il est revenu. Il était en léthargie. » Dès lors elle l'a emmailloté dans des langes. Depuis huit jours elle le tient constamment dans ses bras, comme un bébé, le berce, le promène dans l'appartement et dans la rue. Elle le soigne, le débarbouille, lui présente sa nourriture avec une petite cuiller. Quand elle le fait manger elle voit le chat lui sourire. Enfin il rend beaucoup de gaz.

Elle reconnaît qu'il a été malade. De l'infirmerie elle écrit à sa mère une lettre qui contient cette unique phrase : « En partant je dois remporter mon petit Titi, un petit chat qui n'était pas très bien portant. »

L'affection a débuté vers la trentaine, et nécessité il y a une dizaine d'années un placement à la Salpêtrière.

Sa précocité a peut-être favorisé son évolution vésanique rapide. Le délire est stéréotypé, indifférent aux phénomènes psycho-sensoriels, qui s'effacent.

Une valeur affective surnage, non exempte de stéréotypie, l'amour pour son chat. Cet élément affectif entraîne la méconnaissance.

Après une vague notion de la mort du chat : il a rendu l'âme, la méconnaissance s'exprime par l'intermédiaire d'une sorte d'idée délirante : il était en léthargie. Cette conviction fait naître une série d'interprétations, plus exactement d'illusions sensorielles : le chat remue, il sourit. Ces illusions à leur tour entretiennent la méconnaissance.

La notion de gaz représente un trouble non plus sensoriel mais logique « il n'est pas mort puisqu'il rend des gaz ». Le fait est exact, le chat évacue les gaz de la putréfaction. L'altération de la logique en fait déduire une conclusion délirante.

La démence permet l'acceptation sans critique des illusions et la prolongation de la croyance. Le sujet est incapable d'apprécier les signes évidents de la mort et utilise les interprétations dans le sens qui satisfait son affectivité :

Obs. VI. — Démence vésanique. Mme Cos. Infirmerie spéciale. Son mari étant mort le matin, elle refuse de reconnaître sa mort. A son domicile, le commissaire la trouve agitée et incohérente. Le cadavre de son mari est étendu sur le lit, les yeux vitreux, la bouche ouverte, le visage livide. Elle continue de le soigner, comme elle fait depuis plusieurs mois ; elle l'examine, lui présente du vin chaud.

Elle tâte les pieds, les trouve froids, y met des fers chauds.

A l'examen, excitation d'allure maniaque. Logorrhée véhément, invectives, sarcasmes, hostilité, ripostes incoercibles, mimique active et variée sont notés dans le certificat d'internement.

Sous l'excitation se décèle un affaiblissement intellectuel marqué. Incurie, sordidité. Narration fragmentaire, réparties écholaliques, indocilité, négativisme.

Reliquat de délire ancien. On lui a fait beaucoup de mal. Monologues avec apparence dialoguée et soliloques à voix basse.

Psychose hallucinatoire chronique au stade terminal de démence vésanique, les hallucinations disparaissent, le délire se dissocie et s'efface. La malade conserve seulement le vague souvenir des persécutions. Notons qu'il n'y a pas d'idées de grandeur.

D'autre part l'excitation psychique est assez marquée pour former le premier plan du tableau clinique. Il est fréquent qu'un syndrome maniaque ou pseudo-maniaque, d'intensité variable, soit associé à la psychose chronique. Il peut se prolonger dans la période vésanique.

Comment se produit la méconnaissance ? Mme Cos. a depuis longtemps la notion de la maladie de son mari. Elle le soigne, étant capable d'activité, dans la forme partielle et automatique des vésaniques. Elle est capable de percevoir des sensations exactes, elle sait même les rechercher : elle touche les pieds pour voir s'ils sont froids. Elle adapte à ces idées sommaires l'acte des soins habituels. Mais elle ne peut faire la synthèse de

ses perceptions. Des signes de la mort, l'œil vitreux, le visage livide, le silence, l'immobilité, le refroidissement, elle ne parvient pas à la notion de la mort.

A la faveur de cet état démentiel, l'affectivité entretient facilement la conviction délirante.

CHAPITRE III

AFFAIBLIS ET DÉBILES

Obs. VII. — Schizophrène. Le G. Gustave, 52 ans, enfant naturel, débile mental, a été incapable de s'instruire et de se créer une situation sociale. Après d'infructueux essais dans différents collèges, plus tard à l'armée où il ne put même pas devenir élève-brigadier, assez riche pour mener une existence oisive, il retourne auprès de sa mère qu'il ne veut plus quitter.

Au début de 1914 il fait un accès dépressif, qui dure plusieurs mois. Mobilisé on l'emploie à la construction des chemins de fer de campagne. Libéré avant l'heure, il vient reprendre auprès de sa mère l'existence d'autrefois.

Mais un changement se produit dans sa manière de vivre.

Il reste enfermé chez lui ; en cinq ans il n'est pas sorti une douzaine de fois. Jadis soigneux, élégant, il est devenu incurique ; ses cheveux, sa barbe sont longs et négligés. Il n'a aucune relation, ne reçoit pas de lettres, ne lit aucun journal, n'écrit jamais. Il ne veut voir personne. Une voisine amie de sa mère, vient de temps à autre. Lui auparavant affable et poli, refuse de la voir. Quand elle sonne, il lui ouvre la porte et court se réfugier dans sa chambre, d'où il ne sort que lorsque la visiteuse est partie. Son activité, fort

diminuée, est automatique. Il s'occupe du ménage. Il ne mange que ce que la voisine amie envoie par sa bonne. Pour ne pas rencontrer celle-ci, il lui laisse sa demande écrite sur un bout de papier.

La rupture avec le monde extérieur est complète, l'indifférence à l'ambiance absolue. Toute son affectivité s'est réduite à un attachement puéril pour sa mère. Le débile est devenu schizophrène.

Sa mère, devenue sénile, partage sa mentalité. Elle ne veut recevoir personne. Malade, elle refuse de voir le médecin, se soigne elle-même par la méthode Raspail.

La mère et le fils vivent dans un véritable autisme à deux.

La mère meurt. Le G. présente alors une méconnaissance de cette mort, méconnaissance qui va durer plusieurs jours et avant de disparaître, passe par divers stades d'indécision, de conviction et de doute.

Quand le commissaire se présente, près de 24 heures après le décès, Le G. déclare que sa mère est malade. Elle dort depuis la veille, elle est dans un sommeil léthargique. L'extrémité des doigts commence à se raidir. La main est chaude. La respiration est faible. Il ne faut pas la toucher.

Infirmierie spéciale. Interrogatoires. Extraits :

Le premier jour.

« Votre mère ? — elle est chez moi, elle dort d'un sommeil léthargique.

Le lendemain :

« Croyez-vous que votre mère soit morte ? — Je crois qu'elle vit encore. Je n'en suis pas convaincu.

La bonne de Mme Qu a dit à la concierge que ma mère s'était endormie. Elle a remarqué une toute petite respiration.

« Il semble bien qu'elle soit morte.

— C'est possible. Il y a deux jours elle s'est endormie vers 5 heures, et elle n'était pas encore réveillée hier à 4 heures du soir ».

Le lendemain :

« Etes-vous sûr que votre mère soit encore vivante ?

— Il se peut. Elle dormait depuis 24 heures. Elle avait une petite respiration.

« On vous a dit qu'elle était morte ?

— Je croyais qu'elle n'était qu'endormie.

« La croyez-vous morte ? Elle peut l'être ».

Au troisième jour seulement, Le G. est convaincu de la mort de sa mère.

L'examen met en évidence l'affaiblissement mental, caractérisé par un état de torpeur intellectuelle sur un fond d'indifférence.

De son séjour à l'Infirmerie spéciale, Le G. ne manifeste aucun étonnement. Il accepte son sort avec une passivité totale, se trouve bien dans sa cellule, ne s'ennuie pas, ne demande rien. Il est même indifférent à l'idée de rester.

A chaque visite on le trouve identique, amène, docile, un peu maniéré. Parfois euphorique. Aucune spontanéité.

Ses réponses sont pertinentes mais sommaires.

En face de sa situation son incurie est évidente. Confronté avec l'amie de sa mère, il ne montre aucune émotion, aucune gêne. Il ne pose aucune question, ne parle pas de sa mère, ne s'enquiert pas des obsèques.

Certificat d'internement :

Débilité mentale. Démence partielle, portant sur l'énergie, l'initiative, la curiosité intellectuelle, les formes supérieures du jugement, les besoins sociaux et la qualité de l'affectivité subsistante.

Vie réduite et enclose auprès d'une mère sénile. Attachement puéril. Besognes automatiques, effémination. Timidité. Torpeur générale. Bradypsychie.

Aménité anidétique, formes sociales résiduelles, passivité,

réponses adéquates, mais sommaires Bradycinésie, légère raideur, facies légèrement figé.

Méconnaissance systématique d'un point de fait : la mort de sa mère. Persistait à la déclarer en léthargie. Indécision consécutive, déclin rapide de la certitude, oscillations. Actuellement adhésion complète.

Résignation paradoxale, apathie, indifférence complète aux devoirs de la circonstance et à sa claustration dans notre service.

Plans d'avenir, illusions exploitables sur ses aptitudes. Suggestibilité dangereuse. Incapacité totale de se diriger et de surveiller ses intérêts. Absence de toute personne pouvant le guider.

Sujet complètement désarmé dans l'existence. Doit être provisoirement interné, notamment pour bénéficier du secours d'un Administrateur judiciaire. Liberté surveillée ultérieurement possible, au pis-aller vie en colonie. Opportunité de requérir d'office l'Interdiction.

Malade ne pouvant être jugé sur ses réponses dans la conversation banale ni sur des tests purement logiques (de Clérambault).

Sorti de l'asile, sans qu'aucune mesure de protection de ses biens ait pu être envisagée, Le G. dilapida son avoir, vendit ses rentes, ses bijoux et ses meubles. En quelques mois il était devenu alcoolique et misérable.

Le G., schizophrène et sa mère sénile partagent une mentalité réduite et solitaire. Ils vivent dans un autisme à deux, liés par une solidarité pathologique. Cette solidarité pathologique est l'origine de la méconnaissance. L'affectivité, réduite à un attachement exclusif et puéril, fournit à la méconnaissance un véritable substratum d'habitude.

La conviction, hésitante, dubitative, s'exprime dans l'idée délirante de léthargie. Cette idée elle-même, instable, tantôt supposition et tantôt déduction, reflète l'affaiblissement intellectuel, la démence partielle, l'incapacité du jugement pratique.

Obs. VIII. — Schizophrène, Las. Suzanne, 30 ans, dactylographe. Les premiers troubles apparaissent en 1927, dans la sphère affective. Jalousie et méfiance à l'égard de son ami, industriel marié dont elle est l'employée depuis deux ans et la maîtresse depuis quelques mois. Elle quitte son emploi pour ne plus rencontrer la femme légitime. Elle quitte également sa famille, composée de sa belle-mère et de deux demi-frères. Père mort dix ans auparavant de p. g. Frère aîné tué à la guerre. Mère morte quand elle était en bas âge.

Bientôt subexcitation psychique. Interprétations. Son ami parle par allusions et sous entendus. Il se moque d'elle de connivence avec ses camarades.

A l'excitation succède assez rapidement un état dépressif. Sentiment de léger remords « Je sentais comme un reproche inconnu de mes fautes » Doute, étrangeté, changement dans sa personnalité et dans l'ambiance. Un syndrome d'influence se manifeste, qu'elle attribue à l'action de son ami « ma volonté ne marchait plus avec mes membres ».

Rémission dans le courant de 1928 Reprise en septembre : « Je me sentais de nouveau sous le coup d'influence et de reproche » hallucinations et interprétations. De sa chambre située au 3^e étage, elle entend les gens dans la rue qui lui font des reproches. Insultes, menaces, calomnies. On dit que sa belle-mère vit de l'argent que lui donne son ami.

Dehors elle croit lire sur le visage des gens qu'ils font sur elle des réflexions désagréables. Dans les magasins, propos à double sens. « Une conversation dans le tramway ne pou-

vait plus me laisser de doute qu'on s'occupait un peu trop de mes faits et gestes ».

Dévidage muet des souvenirs. Hypermnésie massive, portant sur les souvenirs d'enfance. Sorte de mentisme, d'obsession du passé, qui s'impose à la malade avec une intensité extrême. Elle revit son enfance ; elle va et retourne à maintes reprises dans le quartier de la République où elle est née ; elle rôde autour de sa maison natale. Elle revoit son père. La puissance et l'activité du souvenir sont telles qu'elles lui donnent l'impression que son père est toujours auprès d'elle.

A ce moment se manifestent les premiers signes de méconnaissance systématique. L'influence qu'elle subit, le souvenir trop vivace de son père, mort à l'Asile, n'est-ce pas son père qui le lui envoie ? il ne serait donc pas mort. Mais elle est allée à son enterrement. Est-ce une comédie qu'on a jouée ? ou bien est-ce en fait son ami qui lui donne artificiellement cette impression, cette croyance ?

Au début de 1929 la dépression s'accroît. Inertie avec tendance au mutisme. Episodes anxieux, peurs subites. Une impulsion suicide (essai de défénestration).

Placée en maison de santé. Dans cette période, son jeune frère meurt. Négation de la mort. On l'accompagne auprès du cadavre. Elle ne le reconnaît pas. C'est le corps d'un homme corpulent et non d'un jeune homme. Seuls les cheveux ont quelque ressemblance. D'ailleurs il est anormal qu'on ne l'ait pas prévenue plus tôt de la maladie. D'autre part depuis quelques jours elle a des pressentiments. Un groupe de gens est passé sous ses fenêtres pour lui donner le pressentiment d'un convoi. Ces pressentiments sont trop nombreux pour être légitimes, ils lui sont envoyés pour la tromper.

Extension de la méconnaissance systématique. Elle a été le jouet d'une comédie. Son père et son frère ne sont pas morts. De même son frère aîné, qu'on a dit tué à la guerre,

n'est pas mort. Et le frère même de son amant, décédé en 1925, n'est pas mort.

La malade sort au bout de deux mois, non guérie. Rémision dans le courant de l'année. Au début de 1930, la dépression revient, accompagnée d'un cortège de manifestations polymorphes. Syndrome d'influence, avec transmission de pensée. Quand elle va chez son ami, elle a l'impression d'être conduite. « Ce n'est pas une voix qui me dirige, c'est moi avec une autre pensée ». Intuitions. Passant devant le théâtre de la Renaissance, ce mot lui impose la conviction soudaine qu'elle est enceinte.

Resurgence des négations systématiques. Elle nie la mort de son père et de ses deux frères. Elle se rend à la Bourse, où travaillait son jeune frère, pour vérifier s'il est toujours là.

Des méconnaissances d'un autre ordre apparaissent. Elle nie le mariage de son amant. Celle qui se fait passer pour sa femme légitime est en réalité la femme du frère, qui n'est pas mort.

Une fausse reconnaissance systématique s'installe par intuition. Sur une photographie qui représente un groupe familial du temps de son enfance, elle reconnaît son amant. Elle l'a toujours connu, quoiqu'il ne se soit révélé que depuis quatre ans. C'est un camarade d'enfance, ils furent ensemble en nourrice.

Enfin rires discordants. Hilarités impulsives, exagérées, sans motif ou sans proportion avec l'idée ou le souvenir qui les déclanche.

Placement volontaire à Ste-Anne en mars 1930. Certificat. « Etat schizoïde. Depuis une liaison survenue il y a 3 ans, état de dépression avec subanxiété, craintes diverses, remords.

Syndrome d'action extérieure. Interprétations, phénomènes pseudo-hallucinatoires. Insultes, propos et gestes la concernant, symboles divers. Intuitions, pressentiments,

convictions soudaines et immotivées, pensées et actes imposés.

Conceptions délirantes, négation de la mort de son père et des deux frères (morts simulées pour la punir), du mariage de son ami.

Une tentative de suicide. Inactivité, légère indifférence, asthénie psycho-motrice, ébauche de scission d'avec l'ambiance. Conservation d'une assez bonne auto-critique, conviction délirante partielle. Possibilité de correction du délire et de réadaptation au milieu extérieur. » (Meignant).

La malade sort au bout de 3 semaines, à la demande de son ami. Non guérie, elle vit seule, claustrée. Rémission partielle ; en octobre elle reprend son travail,

Mais dès le mois suivant, elle remarque des coïncidences anormales. Les interprétations, les intuitions reviennent. Elle croit un jour à tort que la pendule du bureau qui marque 6 h. 30 est arrêtée. C'est parce que son ami, qui venait chaque soir l'attendre à 7 h. était en avance au rendez-vous. Influence, impression de pensée étrangère.

Bientôt excitation, avec manifestations affectives : Jalousie exaspérée, impulsivité, colère, menaces à l'égard de son ami. L'excitation alterne avec la dépression. Tristesse, subanxiété. Elle s'enferme chez elle, refuse d'ouvrir.

Resurgence des négations systématiques. Elles s'accompagnent de la même ambiance d'étrangeté et de mystère, mais avec une note plus marquée d'incertitude et de doute. Conscience remarquable de la maladie, « c'est un mystère que je n'ai jamais compris. Pourquoi s'obstine-t-on à ne pas me dire la vérité ? Dans tout ceci il y a certainement réalité, peut être exagération de mon esprit, car j'ai trop vécu solitaire. Mais je n'agis pas toujours de moi-même. Ou je suis dans le vrai ou bien je me déroute. Mais il n'y a que ces choses là, le mariage et les morts, dont je doute. Pour le reste, je sais très bien ce qui est ».

Elle ne peut croire à la mort de son père, de son frère. Sa

mère elle-même, morte quand elle était en bas-âge, il lui semble maintenant qu'elle n'est pas morte. Elle la retrouve dans sa belle-mère. Celle-ci a les mêmes gestes, les mêmes tics, la même façon de rire qu'elle a elle-même. Sa belle-mère serait donc sa véritable mère, puisqu'elle lui apparaît avec son propre type. Mais la conviction n'est pas formelle. « Est-ce encore une illusion, ou bien je retrouve seulement en elle les gestes de mon père, qu'elle a acquis par suite de son mariage, comme je retrouve en moi ceux de mon ami ? »

Elle nie à nouveau le mariage de son amant. Démarche impulsive chez lui, colère, [bris d'objet. « Je suis allée m'assurer s'il était bien marié ; j'avais des doutes sur son mariage. Je croyais qu'il était marié sans l'être ». Démarche chez la mère de son ami. S'est jetée sur elle, aurait tenté de l'étrangler.

La psychose évolue depuis quatre ans, avec des états d'excitation et de dépression qui lui donnent l'allure d'une double forme périodique. Chaque accès s'accompagne d'une série de troubles polymorphes. Dans la sphère affective, jalousie, impulsivité émotive. Dans la sphère intellectuelle, hallucinations, interprétations, influence, pressentiments, intuitions, fausses reconnaissances, négations systématiques.

A ces troubles polymorphes s'oppose une remarquable conservation intellectuelle et même affective. Dans les périodes de calme, la malade a pu mener une existence professionnelle et même sentimentale normale ou sub-normale.

Une affectivité aussi peu atteinte, une telle capacité d'attention et de critique font écarter la notion d'une psychose paranoïde.

Cependant les méconnaissances systématiques traduisent avec les fausses reconnaissances une altération de la synthèse mentale. Quelque intimement liées qu'elles apparaissent à l'affectivité, elles ressortissent d'un trouble intellectuel primordial.

La malade a vu le cadavre de son père à l'Asile ; elle a suivi l'enterrement, porté le deuil. Douze ans plus tard surgit la méconnaissance. Quelque temps après elle nie la mort de son frère, dont on lui présente le cadavre à l'hôpital. Puis elle étend la négation à la mort de son frère aîné, qu'elle croyait tué à la guerre ; et enfin à la mort du frère de son ami, survenue en 1925. Ultérieurement elle nie la mort de sa mère.

La conviction négatrice varie avec l'état intellectuel et moral. Elle apparaît dans les moments de reprise de l'affection et s'efface dans les rémissions. Entre les deux états se place un stade intercalaire de doute, où la malade subit passivement les réminiscences de son délire.

La conviction est chaque fois associée à un comportement qui n'a pas de rapport direct avec elle. Dans la période d'activité, apparaissent les troubles passionnels, jalousie, haine, violence. En même temps elle nie les morts passées. Dans la période de calme, elle se réconcilie avec son ami et ne doute pas.

La conviction n'est donc pas autonome. Elle subit les hauts et les bas du niveau général. Elle est fonction du bien-être ou du malaise moral, en même temps que de l'intégrité psychique.

Les nombreuses méconnaissances dérivent de processus différents. La négation du mariage est du type pas-

sionnel ; elle relève de la jalousie morbide, mise en jeu à chaque période d'excitation.

Les négations de la mort sont complexes. La méconnaissance de la mort du père et du frère, dont la malade a vu les cadavres, apparaît la première. Elle est en rapports avec les symptômes associés d'influence, d'étrangeté, de mentisme, d'interprétativité, d'intuitions. Son père n'est pas mort, puisqu'elle sent sa présence auprès d'elle, sinon en elle.

La mort de son frère aîné, la mort du frère de son ami sont des événements que la malade n'a pas directement connus. Elle les englobe dans sa croyance par supposition délirante. On a joué une comédie à la mort de son père, il devait en être de même pour les autres morts. Ainsi quand elle rencontre dans la rue un corbillard, elle éclate de rire, à la pensée qu'il s'agit d'un simulacre d'enterrement.

La négation de la mort de sa mère offre l'intérêt particulier d'être liée à une fausse reconnaissance, ayant pour objet sa belle-mère. Fausse reconnaissance dans un premier temps. Elle reconnaît en sa belle-mère des attitudes qui sont à elle, et en conclut que sa belle-mère est en réalité sa vraie mère.

Supposition délirante et méconnaissance de la mort dans un second temps.

La variété de ces troubles de la reconnaissance, la diversité de leurs processus témoignent qu'ils sont, dans leur apparition, en partie indépendants de l'affectivité. Les négations systématiques tirent leur raison d'être de l'affectivité ; c'est le passé affectif qui fournit les

thèmes de méconnaissance et qui tend à les implanter. Mais il faut une altération intellectuelle, momentanée ou définitive, pour que l'affectivité impose à la conscience du sujet les croyances qui le satisfont.

Obs. IX. — Débilité mentale. Hypomanie. Fabulation. Mme Dub..., 48 ans, méconnaît la mort de son ami, survenue depuis une dizaine de jours. Des exhalaisons pestilentielles émanent de son logement. Quand le Commissaire y pénètre, il trouve le cadavre en pleine décomposition. Assise sur son lit, la femme D... épluchait des légumes.

Elle dit au Commissaire « que son ami n'est pas mort, qu'il est dans une autre chambre. Qu'on lui a donné un autre mort à garder, que son ami va guérir ». Puis « qu'il y avait sur le lit plusieurs cadavres et qu'elle couchait avec eux ».

Depuis des années Mme D... est déséquilibrée. Sans pudeur elle sortait presque nue, allait dans la rue à peine vêtue, un bonnet de police sur la tête. Lès voisins l'entendaient parler seule interminablement à voix basse. Elle entonnait des cantiques dans l'escalier, invoquait les saints, discourait sur la religion.

Ancienne religieuse garde-malade. elle habitait avec un vieillard de 75 ans, malade depuis longtemps, qu'elle avait connu en qualité d'infirmière. Le ménage vivait dans la plus noire misère, se nourrissait de déchets qu'elle ramassait dans les rues. D'après témoins, elle buvait.

Passage récent à l'infirmerie spéciale. On l'avait arrêtée dans la rue, vêtue d'une chemise et d'une blouse d'homme, et s'exhibant aux passants. Elle dit qu'étant ancienne religieuse, elle avait voulu s'amuser avec des jeunes filles de son ex patronage, qu'elle venait de reconnaître. Elle fut remise en liberté après un prompt retour au calme et à la lucidité.

Actuellement, légère excitation psychique. Débile, avec de nombreux stigmates.

Elle fabule. « Depuis 3 jours seulement je ne lui donnais plus rien à manger, j'humectais ses lèvres. Auparavant il prenait du lait, je me levais la nuit 7 à 8 fois. Tous les jours je changeais ses draps. Sûrement il n'était pas mort. J'ai tellement vu de morts. Je voyais dans son cerveau de toutes petites têtes. Je me suis demandé si ce n'était pas une farce.

« D. — Croyez-vous qu'il soit mort ? — Il est ressuscité. Il est à l'hôpital. Il ressuscitera ».

La négation systématique de la mort est complexe. La méconnaissance du cadavre se prolonge et se transforme en méconnaissance de l'identité du cadavre, dans un délire de fabulation.

Il faut considérer le fait que l'homme était alité depuis de longues semaines. Cachectique, grabataire, il s'alimentait à peine ne parlait plus. Sa mort apportait peu de changement à l'ambiance. Elle échappait à D... inattentive, incurique, peut-être imbibée.

Les troubles de la reconnaissance apparaissent sur ce terrain dégénératif, où la débilité, l'hypomanie, le délire, en outre l'amblyopie concourent à l'altération des perceptions et de l'idéation.

Au bout de quelques jours le cadavre est l'occasion d'une série de conceptions contradictoires, d'apparence imaginative. « Son ami n'est pas mort, il ressuscitera, il y a eu substitution de corps, il est à l'hôpital, etc. ».

Ces notions surgissent et se succèdent, évoluant en dehors de tout cadre logique. Des synthèses momentanées apparaissent et disparaissent. La malade est incapable

de conviction stable. « La variabilité du délire est liée à l'instabilité intrinsèque des conceptions. La facilité de formation des concepts, entraînant une conviction intuitive, est liée à la facilité de leur disparition. Une affirmation est immédiatement suivie d'une négation. A base de ces troubles d'idéation est l'instabilité des synthèses élémentaires » de Clérambault.

Cette fabulation est peut-être aidée par l'éréthisme intellectuel hypomaniaque. Dupré en indique le rôle à propos des délires d'imagination symptomatique, « ... le délire d'imagination, peut éclore, chez les prédisposés, par l'association de deux facteurs, l'affaiblissement intellectuel d'abord et ensuite un degré plus ou moins accusé d'éréthisme, souvent à forme euphorique, qui active le jeu des représentations mentales, de nature agréable et ambitieuse... La presbyophrénie et la psychopolynévrite sont des syndromes où se combinent les divers agents de ces variétés de délire imaginatif : l'amnésie, la confusion, les troubles du jugement et de la critique et l'éréthisme intellectuel non réfréné ».

D'après Chaslin, le délire de « pseudo-souvenirs » est un syndrome de Korsakoff. Celui-ci, fréquent chez les alcooliques et les déments séniles, pourrait se rencontrer à l'état pur, en dehors de toute névrite, et sans confusion ni démence. Dans ces derniers cas « il s'y joint une humeur à la fois indifférente et optimiste bien spéciale ».

Cet état affectif se retrouve chez notre malade, euphorique d'une part et qui présente d'autre part une indifférence émotionnelle, une incurie remarquable à l'égard de la mort de son ami, objet de sa fabulation.

La méconnaissance apparaît au cours d'un délire où domine l'instabilité des synthèses, des convictions et des souvenirs ; l'hypomanie active le travail imaginaire ; l'intoxication alcoolique favorise la fabulation.

Obs. X. — Débilité mentale. Paranoïa.

Olga Bout., 14 ans, conduite à l'infirmerie spéciale en même temps que sa mère Mme Bout. dont elle partage le délire (obs. XII, chap. IV).

Elle se plaint d'être persécutée de la même façon que sa mère. Une bande de juifs l'insulte à distance, l'électrocute, lui envoie de mauvaises odeurs, truque ses aliments. Des gens la suivent. Comme sa mère, elle a refusé systématiquement de reconnaître le corps de son père, qui lui a été présenté à l'hôpital. Elle prétend qu'on a changé le cadavre.

Débilité mentale accusée ; instruction nulle. Paranoïa, dans une forme qu'on voit rarement aussi complète chez l'enfant. Méfiante, orgueilleuse, acariâtre, entêtée et réticente, elle oppose un mutisme hostile. Ou bien le ton hautain, insolent, elle récrimine. Elle déclare comme sa mère, qu'elle n'a plus de raison de vivre et qu'elle ne mangera plus.

Dans le délire qu'elle partage avec sa mère depuis 4 ans, Olga représente le personnage passif. Elle a reçu et accepté les idées exprimées par sa mère. La débilité mentale est le substratum de son délire, qui s'installe par suggestibilité.

Mais une note particulière frappe d'emblée. Si, au point de vue pathogénique, le délire est passif, cliniquement il est remarquable par son intensité, sa ténacité, sa certitude. On a affaire à une véritable activité délirante, à tel point qu'un mécanisme plus profond

que la simple suggestibilité semble d'abord être en jeu.

C'est qu'à la débilité du codélirant s'associe un état complémentaire : la paranoïa. La paranoïa va donner au délire passif une allure particulière. Les idées délirantes créées par la mère et subies par la fille deviennent l'objet d'une activité passionnelle.

Leur organisation, leur coefficient affectif donnent l'impression d'une psychose autonome.

Aussi va-ton voir ce codélire durer plus que de coutume à l'asile. Même séparée de sa mère, la malade s'entête dans le délire passé, qu'elle ne rectifiera jamais complètement.

La délirante passive apporte donc au délire commun une contribution personnelle. Ses réactions passionnelles soutiennent l'activité délirante de la mère. L'échange morbide est incessant. La mère fournit le délire, la fille fournit en grande partie le caractère persécuteur.

Du même procédé relève la négation systématique. Toutes les convictions délirantes de la mère sont partagées par la fille, dans des termes stéréotypés.

Le thème des substitutions leur est commun. La négation de l'identité du cadavre est une notion fournie par la mère et acceptée par la fille avec les autres idées. Les mêmes interprétations renforcent la conviction *a priori*. La paranoïa entretient la méconnaissance systématique sur le fond de débilité.

CHAPITRE IV

DÉLIRANTS CHRONIQUES

Obs. XI. — Psy. Hal. chron., appoint éthylique.

En août 1897, Noel Quar., italien, 53 ans, cordonnier, est conduit à l'Infirmierie spéciale. Il méconnaît la mort de sa maîtresse, décédée l'avant-veille. Il affirme que sa maîtresse n'est pas morte. Il refuse de livrer son corps pour l'inhumation. Il veut la faire manger et a tenté d'arracher les dents qui résistaient à ses efforts.

La veille, au cours d'une crise d'excitation, il a pris le cadavre dans ses bras, et le tirant hors du lit s'est mis, en poussant des cris de joie, à exécuter autour de la chambre une danse effrénée.

Examiné par le docteur Paul Garnier, Quar. présente un certain degré d'excitation, volubile, déclamatoire et subagité.

Il se plaint d'être tourmenté par un comité lubrique qui veut le dominer hypnotiquement. Pour s'emparer de sa volonté, on s'attaque à tous les sens et, particulièrement au sens génital qui est le sens de la vie.

Les hallucinations sont nombreuses au niveau de tous les sens, excepté, semble-t-il, celui de la vue.

H. auditives. Voix d'hommes et de femmes. Ton narquois, remarques saugrenues, obscénités. Commentaire des actes. Echo de la pensée. Un télépathe est continuellement braqué sur lui et prend sa pensée.

H. olfactives et gustatives. En quelques minutes sa chambre est remplie de fluide urique. Dans sa bouche survient un goût saumâtre, qui rappelle l'inesto, ou liqueur séminale.

H. de la sensibilité générale, incessantes et multiformes. Sur la peau elles intéressent le tact, la douleur, la chaleur.

Tractions douloureuses, comme un sinapisme qu'on arrache ; pressions sur le sternum ; névralgies subites et passagères de l'oreille ; chatouillements de la plante des pieds, des côtes, des flancs ; picotements des genoux ; piqures. Par instants tout son corps s'échauffe.

La sensibilité génésique est spécialement affectée. Chatouillement du périnée, des bourses, de la verge. Erections imposées.

Parmi tous ces troubles psycho-sensitifs et sensoriels, les H. auditives et génitales sont prédominantes. Elles prennent souvent le type des H. associées. L'H. sexuelle est prédite par une H. auditive, ou bien elle est suivie d'un commentaire.

Les idées délirantes s'organisent selon une formule originale. Le comité lubrique est composé de six personnages. Chaque personnage synthétise les hallucinations du même sens. Chacun a sa sphère d'action, ses moyens, son rôle, son caractère propre. Chacun exploite un sens, par hypnotisme, magnétisme, spiritisme.

Catocchio l'horoscopise. Il occupe l'oreille, braque le télépathe. Puis il s'installe dans l'œil et le vertigine. Avec du cyanure de baryum, il diminue le champ visuel pour restreindre le champ de conscience. Il rend le fluide magnétique supérieur. Il fait des essais de spectromanie.

Miniggio, femme mariée, l'excite, le met en érection,

passé la main sur sa verge, dégage un calorique, pose fluidiquement ses lèvres, provoque l'éjaculation.

Inès, commandée par Miniggio, lui envoie des substances calligineuses à base de poivre ; lui met à la langue un goût de sperme ; remplit sa bouche de suie pour l'empêcher de parler et rendre ses facultés œsophagiennes difficiles.

Les six personnages agissent parfois ensemble, réalisant un scénario polyphonique, auquel il donne le nom expressif de ranocchia, ou mare aux grenouilles.

Catocchio l'excite de la voix, lui conseille « laisse toi faire », lui annonce « on va t'iniggier, te miniggier ». En même temps il entend les voix amoureuses d'Inès et de Miniggio, qui l'entraînent à la luxure. « Je te veux. Presto me lou beligou. Prête-le-moi ou je te le prends ». Il sent ses cheveux tirés doucement en arrière et la main du médium qui passe sur ses organes. Cependant que Gandella suce l'omoplate, qu'Ascagno remue l'intestin et qu'Audisio fait dans les flancs le tchispouilla et le biscaglia.

Ce paroxysme hallucinatoire constitue le « coram populo » destiné à obtenir l'effet maximum, épuiser en lui le sens de la vie.

Extraits de son manuscrit.

« Ma mise en observation est un calcul de l'Ecole hypnotique, que le Comité psychiatre a organisée. Depuis quatre années que cela dure, si j'étais observé, je les ai étudiés aussi. C'est ainsi que je me suis aperçu que ma femme n'était pas morte, mais tout simplement sous le coup de léthargie (hypnose). En sondant le corps, j'ai trouvé le foyer de l'existence. Sa respiration n'était pas nulle, et son exhalation n'était que nasale. Le corps respirait le frais. La rigidité faciale a disparu sous un lavage d'eau sédative.

Je sais comment mes compétiteurs opèrent et je ne les ai pas peu contrariés.

Habitué comme je suis à l'état de guerre avec des forces

supérieures, je me rappelle Dante qui dit : regarde et passe. Je sais que je suis sans appui et sans ressources ; je fais de mon mieux, ayant les mains aussi nettes que la conscience. J'attends de vous, M. le docteur, un verdict dicté par la conscience. Vous ne pouvez me garder prisonnier.

Vous êtes médecin. La communication de la pensée est un fait qui vous est particulièrement connu.

Et moi, qui suis loin d'être un Lombroso, je vous dis que depuis longtemps, m'inspirant d'Huffeland, maître préconisateur de volonté, je combats le transfert des sens, moi qui suis imposé avec une férocité bestiale, par cette ranocchia. Vous demandez trop à l'homme que vous désirez trouver. Les sciences, à mon humble avis, n'ont pas besoin de se placer au-dessus des lois. Il y a du bon dans tout ceci, mais c'est trop mal ordonné. Je n'en veux pas et on persiste à vouloir me faire vivre fluidiquement.

En se faisant une illusoire préoccupation de voir en moi un douteur, un halluciné, on poussa la blague très loin, trop loin.

Je vous écris sous pression horoscopique, ce qui ne facilite pas du tout la rédaction. Que de misères endurées, que de saugrenu.

Quant à ma femme, je reviens à elle, car elle ne doit pas être morte, si toutefois elle n'a pas succombé à une complication inattendue ; me voilà dans de jolis draps, moi en geôle, elle dans la tombe, sans que je sache où elle repose.

Je vous affirme que je n'ai jamais été malade mental. J'attends de vous, M. le docteur, un bon mouvement. Que je réintègre le monde des paisibles, vivant de travail et d'ordre, loin des malthusiens et des garçons de cet hôtel, qui vous refusent le feu, le café et un peu de vin. Si je demeure votre locataire, veuillez, M. le docteur, faire prévenir... etc., car la solitude me pèse et je sens déjà mon estomac prédisposé à la fluxion.

Dans l'espoir que vous ferez droit. ., etc.

Quar. le testo fante malgré lui.

P. S. — Pareille prise de possession est inconcevable. Car le double talent que les intéressés m'attribuent, qui consiste en la communication de la pensée et le transfert des sens, ne mérite pas un peu plus d'attention et partant, s'il me fait esclave de la pensée, tout au moins que je jouisse de mon droit de vivre libre ».

L'affection durait depuis 4 ans. Elle avait nécessité deux ans avant un internement de deux mois, avec le même délire et la même excitation.

Quar. fut envoyé à Sainte-Anne. Un an plus tard il fut transféré, avec le diagnostic de délire chronique de persécution.

Les phénomènes psycho-sensoriels se présentent dans notre observation avec une fréquence inaccoutumée sous la forme d'hallucinations associées et combinées. Les hallucinations associées diffèrent entre elles d'objet et de localisation, mais ont un lien direct d'évocation réciproque. La combinaison hallucinatoire groupe des hallucinations de sens différent autour du même thème (Séglas).

Les hallucinations associées et combinées résultent de sympathies intersensorielles, qui démontrent une sensibilisation pré-établie. Cette sensibilisation diffuse est évidente dans les psychoses alcooliques subaiguës et surtout aiguës; elle est plus rare dans les psychoses chroniques (de Clérambault).

Les phénomènes génitaux surprennent également par leur importance. Celle-ci paraît en rapport avec l'intensité des troubles cénesthésiques. L'hallucination génésique paraît n'être qu'un cas particulier des troubles de

la sensibilité générale ; ses modalités rentrent dans le cadre des paresthésies. Elle est fréquente, ainsi que les thèmes sexuels, dans les états subaigus des éthyliques.

Notre malade avoue des excès de vin et d'absinthe. L'appoint alcoolique paraît important. Il explique l'intensité et l'allure du syndrome hallucinatoire.

La prédominance des thèmes érotiques détermine l'orientation du délire. Un comité lubrique est l'auteur des persécutions ; l'épuisement du sens de la vie est son but ; le magnétisme, son procédé. L'activité délirante dépasse à peine le stade des constatations hallucinatoires. La conception originale des personnages persécuteurs montre que ce n'est ni l'indifférence affective, ni l'affaiblissement intellectuel qui limitent la création délirante. Il faut en voir la cause dans la nature même du processus morbide, comme dans les cas d'hallucino-se.

Notons enfin l'excitation psychique associée à la psychose hallucinatoire. Volubilité, grandiloquence, hypermnésie, graphorrhée, parfois agitation extravagante, sont les principaux signes de cet état. Il est fréquent qu'un syndrome maniaque ou pseudo maniaque, d'intensité variable, accompagne une psychose-chronique. Parfois il occupe le premier plan du tableau clinique et rend le diagnostic difficile.

La méconnaissance systématique de la mort n'est pas immédiate. Elle survient brusquement, quelques heures après le décès. « Je me suis aperçu que ma femme n'était pas morte ». Elle est donc secondaire à un premier temps de connaissance. Comment surgit la convic-

tion soudaine ? Quar. nous l'indique lui-même, c'est par l'intermédiaire d'une idée délirante, la léthargie. « Ma femme n'était pas morte, mais tout simplement en léthargie ». Cette idée, il la déduit de son délire spirite. Depuis quatre ans qu'il vit au milieu des phénomènes fluidiques, il connaît les procédés des persécuteurs. Cette mort n'est qu'une mort apparente, phénomène que réalise facilement, comme on sait, le magnétisme.

L'idée entraîne d'emblée une conviction absolue. Elle est corroborée par une série de preuves et d'expériences qui représentent autant d'interprétations délirantes.

Quar. sonde le corps et trouve le foyer de l'existence. La respiration n'est pas nulle mais simplement réduite à l'exhalation nasale. Le corps respire le frais ; il s'en assure en passant la main le long du dos. Il lave le visage à l'eau sédative et la rigidité faciale disparaît. Il introduit des aliments dans la bouche et les voit passer dans l'œsophage.

La conviction délirante ainsi établie va se prolonger. La méconnaissance dure encore à l'asile, où Dagonet la signale : les physiciens qui opèrent autour de lui ont mis sa femme en léthargie. Il a voulu ranimer le feu de la vie.

L'idée délirante s'impose d'emblée. Elle détermine une série d'interprétations, favorisées par la faiblesse de l'attention, la naïveté des examens, l'insuffisance des jugements. Elle évolue en vertu de sa charge affective, à la faveur du déficit intellectuel prédémentiel.

Obs. XII. — Psy. Hal. Chron. Paranoïa.

Mme Bout., 36 ans, reçoit un bulletin de décès de l'hôpital Bichat l'informant de la mort de son mari. Elle se rend à l'hôpital. A l'amphithéâtre, on lui présente le corps. Elle ne le reconnaît pas. Elle prétend que son mari était brun, corpulent, tandis que le cadavre est maigre, avec des cheveux gris. Elle refuse de s'occuper de l'inhumation quoique l'Administration de l'hôpital lui certifie l'identité de son mari.

Le lendemain Mme B. se présente spontanément au bureau de l'hôpital, pour déclarer qu'elle ne veut pas s'occuper de l'inhumation. Le directeur essaie de la convaincre de l'identité du mort, elle refuse de revoir le cadavre.

Le lendemain elle reçoit un nouvel avis de décès. L'avis est porté à domicile par un garçon de salle. Celui-ci peut difficilement se faire ouvrir. Mme B. répond qu'elle ne veut s'occuper de rien et qu'on fasse du corps ce qu'on voudra.

Trois jours après elle se rend chez le Directeur de l'hôpital. Elle vient lui déclarer qu'elle ne reconnaît pas son mari. Entre temps, le corps, selon le règlement, a été transporté à Clamart.

Le lendemain Mme B. reçoit un troisième avis écrit. Le corps a été ramené de Clamart, pour être, contre règlement, à nouveau présenté à la veuve. Invitée à assister à la mise en bière, elle répond qu'elle n'a plus rien à faire à l'hôpital.

Le corps fut mis en bière en présence de quatre témoins qui l'avaient connu vivant. Il avait un côté de la tête complètement rasé, pour cause de trépanation; une cicatrice ancienne à la racine du nez; un nœvus au creux axillaire.

Mme B. n'alla pas au convoi. Elle refusa de suivre un corps qui n'était pas, disait-elle, celui de son mari. Elle ne mit pas de vêtements de deuil.

Deux mois après, elle écrit au Procureur de la Républi-

que. Elle demande l'assistance judiciaire, en vue d'intenter une action en rectification d'état-civil.

Dès lors elle s'adresse au commissaire de police, avec insistance, multiplie les démarches. Elle expose les faits rapportés au début. Son mari, dit-elle, est resté à Bichat. Là on a changé son état-civil ; on opère sur son cerveau pour l'empêcher de retrouver sa femme et sa fille.

Puis elle accuse le Commissaire de savoir où se trouve son mari et de ne pas vouloir le lui dire. Dans une nouvelle démarche, Mme B. exige d'un ton péremptoire des nouvelles de son affaire. Son mari a dû sortir de l'hôpital, il voyage sans donner de ses nouvelles, parce qu'on a pu lui dire de son côté que sa femme et sa fille étaient mortes.

Mme B. veut savoir où se trouve son mari. Elle ajoute qu'elle n'a plus de raison de vivre, puisqu'on refuse de le lui rendre.

Ce jour-là elle fut envoyée à l'Infirmierie spéciale, en compagnie de sa fille codélirante (obs. IX).

À l'examen, Mme B. se plaint d'être persécutée, ainsi que sa fille, depuis quatre ans. On agit sur elle, on l'influence, on la transforme. Elle doit avoir une vie double. D'autres personnes se substituent à elle et à sa fille, s'habillent comme elles, prennent leur nom. Dans la rue on la suit, dans les tramways on la surveille. On a tenté de lui ravir sa fille.

Systématisant ces idées de persécution, elle accuse une organisation juive, aidée de la police et des médecins, d'être liguée contre elle.

Réticente, méfiante, dissimulée, Mme B. est une paranoïaque. D'après témoignages, elle est sauvage, fière. Elle ne parle à personne, ne reçoit personne. On ne peut lui parler qu'à travers la porte. Dans sa claustration, elle retient sa fille, paranoïaque comme elle.

Sans être déprimée elle est sombre. Elle a manifesté à plusieurs reprises l'intention de se tuer. Elle répète qu'elle

n'a plus de raison de vivre, si elle n'obtient pas satisfaction et qu'elle en finira avec l'existence, si sa fille y consent.

Certificat d'internement :

« Psychose hallucinatoire chronique. Idées délirantes de persécution datant de 4 ans. Interprétations.

Organisation juive, sorte de maffia. Participation de la police.

Troubles psycho-sensoriels, auditifs et olfactifs. Prise et écho de la pensée. Echo des actes.

Influence. On la force à se lever la nuit. Inhibitions. Idées de transformation. On l'a changée.

Réactions morbides. Refus de reconnaître le corps de son mari décédé à l'hôpital. Réclamations répétées au commissariat.

Participation de sa fille au système délirant.

Privations récentes » (Heuyer).

Des phénomènes cénesthésiques et psycho-moteurs (sentiment d'influence, actes et gestes imposés, inhibitions, sensations viscérales diverses), dérivent des idées délirantes particulières : idées de modification corporelle, de transformation, de dédoublement.

D'après M. Séglas, les troubles de la cénesthésie, surtout viscérale et les troubles psycho-moteurs attaquent l'unité psychique d'une façon précoce.

L'atteinte de la cénesthésie, base fondamentale de la personnalité, s'exprime dans le champ de conscience par l'idée de dédoublement. Ainsi apparaît, liée au sentiment de transformation, l'idée de substitution. La malade se sent transformée : on l'a changée. Paranoïaque, elle systématise les notions nouvelles et le délire s'organise sur le thème des substitutions.

Dès lors la méconnaissance de la mort du mari, par négation de l'identité du cadavre, apparaît comme un élément du délire de substitution.

Elle est déterminée par l'état affectif. Mme B. est préoccupée au sujet de son mari. Quand l'ambulance est venue le chercher pour l'amener à l'hôpital, elle a refusé une première fois de le laisser partir. Récemment elle a porté plainte contre les docteurs qui le soignaient. Sa méfiance est particulièrement en éveil au sujet de son mari, dont la maladie ne lui semble pas naturelle.

L'annonce de la mort lui apparaît d'emblée comme un fait nouveau de persécution. Quand elle se dirige vers l'hôpital, sa conviction est faite. La méconnaissance de l'identité du cadavre est virtuellement accomplie.

Des interprétations corroborent immédiatement l'opinion préconçue. Le cadavre n'est pas identique à son mari, il est plus maigre et plus vieux. Ces interprétations sont partiellement légitimes. Pendant sa maladie, otite et méningite, le mari de Mme B. s'est réellement modifié dans le sens qu'elle indique. Mais de cette constatation exacte, la malade tire une conclusion délirante. Elle utilise cette constatation dans le sens de son affectivité morbide et aux fins de son activité délirante. C'est bien le type de l'interprétation passionnelle, qui trouve son point de départ dans un événement réel mais en déforme le sens et la portée.

La conviction nouvelle va se prolonger et s'étendre grâce à son adaptation parfaite au système délirant. Il se fait, pourrait-on dire, une méconnaissance par

raisonnement analogique. L'idée de substitution personnelle fournit l'idée de substitution du cadavre. De même qu'on se substitue à elle, on se substitue à son mari.

Et par une sorte de transitivity, le délire va expliquer la conduite paradoxale de ce mari disparu.

Née à la faveur d'un état passionnel, la méconnaissance systématique évolue grâce à l'altération de la synthèse mentale, en fournissant au délire un thème de substitution.

Obs. XIII. — Psychose hallucinatoire chronique. Idées de grandeur. Mme Bour. veuve Susc., 50 ans, se présente au commissariat : « Je suis poursuivie par des ennemis inconnus. Ils pénètrent la nuit dans mon domicile, m'électrisent, me font mal aux yeux, me soulèvent la peau du crâne. Ils veulent me persuader que mon mari est mort. Je suis certaine du contraire puisque je l'ai rencontré aujourd'hui dans la rue. Il n'a que la moitié du visage. Mes ennemis sont des capucins. Ils m'ont nommée reine. »

Mme Bour. est émue, surexcitée, pleure bruyamment.

Infirmierie spéciale. Certificat de M. Legras. Hallucinations et illusions sensorielles multiples. Troubles de la sensibilité générale. Idée de persécution et de grandeur. Elle se croit en état de grossesse ; elle porte deux négrillons. Son mari n'est pas mort. Elle est la Reine Marguerite, son mari est François 1^{er}. »

A l'Asile plusieurs périodes d'excitation avec insomnie. Au bout de 6 mois remise en liberté.

Un an après Mme Bour. envoie au Préfet de police les deux lettres suivantes :

« J'ai recours à vos bons soins pour retrouver mon pauvre martyr, dont on s'est servi comme veuf national. Il est

mort le 9 novembre 1893. On l'a envoyé dans les pays des sauvages. Le croyant toujours mort, je suis allée au cimetière. J'ai même envoyé une lettre, sur papier timbré à 60 c. pour qu'on renouvelle son terrain. Je n'ai pas eu de réponse.

On m'a enfermée dans une maison de santé, celle où on me l'a martyrisé. On m'en a fait un Christ. On trouve qu'il n'a pas assez souffert, on veut encore le faire mourir une fois, pour faire la Paix.

Je me recommande à vous pour qu'on me le rende tout de suite. François Suse. mort à l'Hôtel-Dieu, chez Mme veuve Suse., etc. »

« C'est en tremblant que je me permets de vous écrire pour avoir mon pauvre Martyr qui doit être libre Je n'ai pas osé suivre le convoi que j'ai rencontré dans la rue Radziwill. Je pensais bien que c'était pour lui Mais j'ai eu peur qu'on me prenne pour une folle, n'ayant aucune invitation. Et puis je tremblais tellement que j'ai craint d'avoir une crise de nerfs. Je croyais trouver la cérémonie au Sacré-Cœur. J'y ai couru, mais je n'ai rien vu.

Quelle demande faut-il que je fasse ? Je voudrais savoir où il est. Ce n'est pas vivre. Je demande pitié pour nous. Me l'avoir fait mourir deux fois crucifié et ne pas savoir seulement où il est. Je meurs d'impatience. Il faut que je sache à quoi m'en tenir.

Je prie M. le Préfet de me faire renseigner, etc. Rose Bour , veuve S. »

Tranquille, elle fut laissée en liberté.

De cette observation fragmentaire, on peut dégager les éléments d'une psychose hallucinatoire chronique, à un stade assez avancé de son évolution.

Le syndrome hallucinatoire comprend des phénomènes sensitifs et auditifs. Le délire comprend des

idées de persécution et de grandeur. Il faut remarquer qu'à chaque ordre d'idées délirantes correspond un groupe hallucinatoire particulier.

Les idées de persécution se rattachent au syndrome psycho-sensitif. Elles représentent une explication sommaire des troubles variés de la cénesthésie. Elles sont pauvres et peu actives. Il ne semble pas que dans la période antérieure elles aient eu beaucoup plus d'importance. On ne trouve aucun essai de systématisation. Nulle tendance paranoïaque n'y a conduit la malade. Celle-ci est tranquille, affable et même optimiste.

Les idées de grandeur sont fournies par les hallucinations auditives. Leur pathogénie est donnée par la malade elle-même. « Mes ennemis m'ont nommée Reine ». Un caractère particulier appartient à ces idées de grandeur, c'est le saugrenu. « Je suis la reine Marguerite, mon mari est François 1^{er} ».

D'autres idées, de même origine hallucinatoire portent le même cachet saugrenu. « Elle est grosse de deux négrillons. »

Les idées de persécution et de grandeur n'ont donc dans notre cas ni une origine ni un processus identiques. Elles jouent dans des plans différents. Les premières ne représentent qu'une interprétation de phénomènes pénibles et anormaux, les autres sont des productions hallucinatoires.

On est loin de la théorie de Foville qui fait naître par un processus logique, les idées de grandeur des idées de persécution. Les idées de grandeur apparaissent alors que la malade se désintéresse des persécutions. Elles

surviennent en général à un stade avancé de la psychose chronique, au moment de l'affaiblissement vésanique.

La méconnaissance systématique de la mort fait partie de ce groupe d'idées de grandeur, de genèse automatique. « François I^{er}, le veuf national, le martyr pour la paix, le Christ » sont des notions qui lui sont fournies par les voix en même temps qu'« elle est la reine Marguerite, qu'elle porte deux négrillons ».

Il ne s'agit plus d'une méconnaissance du cadavre, ou d'une négation d'identité. La mort de son mari est un fait ancien, qui a laissé des traces affectives, et qu'utilise la psychose. La méconnaissance n'est qu'un thème hallucinatoire, qui fournit un délire en partie rétrospectif. En vertu de sa charge affective, la méconnaissance cristallise toutes les idées délirantes.

Le délire présente un notable degré d'incohésion. Les idées de mort, de martyre, de crucifixion et de résurrection sont absurdement mêlées. L'existence seconde du mari est un état précaire et transitoire, sa mort est artificielle et passagère. « Son mari est mort, il est ressuscité, on l'a crucifié deux fois, c'est un martyr, on se sert de lui comme veuf national, on en a fait un Christ, il doit être libre mais on veut le faire mourir une fois encore, elle a rencontré son convoi dans la rue ».

Ce caractère extra logique des notions successives est le fait de leur genèse hallucinatoire. L'idée projetée dans le champ de conscience tend à entraîner la conviction. Son acceptation est grandement facilitée par l'affaiblissement intellectuel.

D'autre part la conviction nouvelle crée un état affec-

tif d'espoir. La malade croit à la résurrection de son mari, elle l'attend. Cet état affectif entraîne une série de fausses reconnaissances et d'intuitions.

La vue d'un homme dont l'aspect rappelle vaguement le mari défunt crée l'illusion sensorielle. La rencontre d'un convoi funèbre, dont l'image s'adapte aux préoccupations délirantes, fait naître une idée intuitive, conviction spontanée que la malade n'hésite pas à s'intégrer.

En somme cette méconnaissance, en apparence complexe, est cliniquement d'origine simple : une hallucination. Le délire s'en empare en vertu de la charge affective qu'elle contient. Il utilise pour la prolonger et l'étendre les fausses reconnaissances, les illusions, les intuitions, qui naissent à la faveur de la dissociation mentale.

Obs. XIV.— Délire d'interprétation.

Vass... Marie, 68 ans. Infirmerie spéciale. À la veille d'être expulsée de sa chambre, dont elle ne peut payer le loyer, déclare qu'elle va se tuer, mais qu'elle en tuera d'autres avec elle et qu'elle mettra le feu à l'immeuble.

Depuis un an vit dans une misère noire, se nourrit de déchets qu'elle ramasse dans la rue.

A l'examen, d'abord réticente et méfiante, elle expose un délire de persécution ancien, à base d'interprétation, avec, semble-t-il, quelques hallucinations épisodiques.

Les voisins lui causent de graves ennuis. On entre chez elle en son absence, on déplace les objets, on la vole. Elle surprend des conversations et des bruits dans le couloir. On perfore les conduites d'eau et de gaz. On met du poison dans ses aliments, elle a des coliques, ses dents s'ébranlent. Elle

est suivie dans la rue, reconnue chez les commerçants. Méconnaissance systématique de la mort de son mari. Elle a bien assisté à la mort de son mari, a même payé 400 francs pour son enterrement. Mais ce n'était qu'un simulacre d'enterrement ; il était en léthargie, sous l'influence d'un narcotique. A l'amphithéâtre, son corps était tiède. Au bureau, elle a vu un geste entre deux employés. Au cimetière on n'a pas recouvert sa fosse de terre, comme on doit le faire immédiatement, et le corbillard est resté dans l'allée. Puis les gens ont fait des réflexions sur son deuil ; on lui a conseillé de ne pas vendre les effets du mort.

Nombreuses fausses reconnaissances de son mari. Elle le rencontre souvent dans les rues, toujours déguisé, masqué, transformant son visage, la couleur de ses yeux. Il va chez elle habillé en employé du gaz. Elle ne le reconnaît pas tout de suite mais ultérieurement par instinct.

Elle se plaint de la conduite paradoxale de ce mari qui se fait passer pour mort, refuse de se faire reconnaître et de revenir depuis près de 10 ans.

L'interprétatif vit dans une atmosphère d'étrangeté, dans une ambiance de mystère, au milieu de signes dont le sens lui échappe. Il en résulte un état affectif de crainte et de doute, base de nouvelles interprétations.

La malade était délirante à la mort de son mari, lui-même interné et mort à l'asile. Elle a fait à cette occasion une série d'interprétations, origine de la méconnaissance. Mais celle-ci n'est pas immédiate. « C'est en me remémorant les détails de la mort, de l'enterrement, tiédeur du corps, gestes des employés, corbillard dissimulé, etc..., que ces signes réunis ne m'ont pas semblé naturels ».

Les interprétations n'ont pas entraîné d'abord la con-

viction. Mais elles sont ultérieurement utilisées par l'état affectif lié au souvenir de son mari. Ainsi s'établit l'idée de substitution du cadavre et de simulacre d'enterrement. Soutenue par la tendance paranoïaque, la méconnaissance devient le thème délirant essentiel.

Elle se développe grâce au déficit intellectuel. La perte des formes pratiques du jugement fait méconnaître en particulier la valeur officielle des actes de l'état-civil et de formalités administratives.

Les fausses reconnaissances innombrables qui en dérivent ne sont pas des fausses reconnaissances proprement dites mais de fausses identifications. Le mari n'est jamais reconnaissable d'emblée, il se dissimule sous tous les déguisements. « Il se fait reconnaître d'abord aux autres, je le reconnais ensuite d'instinct ». Ces interprétations rétrospectives représentent des convictions spontanées, des intuitions.

La méconnaissance est donc d'origine interprétative. L'état affectif qui l'accompagne est le point de départ de nouvelles interprétations. L'affaiblissement intellectuel favorise à la fois la naissance et l'évolution des synthèses délirantes.

Obs. XV. — Délire imaginatif. Mme Or..., 58 ans. Subexcitation psychique. Euphorie diffuse, satisfaction, expansivité.

Conceptions imaginatives mégalomaniaques. Fille de l'empereur d'Autriche. L'homme qui l'a élevé était un père nourricier. A connu tous les grands de la terre. Relations avec les rois, les présidents, les cardinaux. A habité le château de Versailles. Voyages splendides, reçue triompha-

lement dans tous les pays. Une nuit elle a révolvérisé le Président de la République, qui a simulé une blessure, pour passer la nuit avec elle.

Méconnaissance de la mort de sa mère, décédée peu de temps après sa naissance et qu'elle n'a pas connue. Sa mère n'est pas morte. Elle l'a rencontrée il y a 2 ans, dans un couvent à Reims, où elle était allé voir un cardinal. Sa mère est la Supérieure du couvent, âgée de 80 ans.

Démarche à la Préfecture de police, où elle a menacé de se servir d'un revolver.

Débilité mentale. Affaiblissement intellectuel difficilement appréciable, semblant se marquer par une tendance à la stéréotypie.

— Excès éthyliques anciens. L. C. R. normal.

Le délire remonte à 5 ou 6 ans. Il est impossible de faire la démarcation entre les thèmes stéréotypés et la fabulation extemporanée.

La méconnaissance de la mort de sa mère paraît liée soit à des intuitions, soit à des illusions du souvenir. La malade a fait, en effet, une fugue à Reims il y a 2 ans. La conviction resta instable pendant plusieurs mois. Actuellement la méconnaissance complète, le délire de filiation. La conviction délirante s'est stabilisée et fixée. Elle est entrée d'autant plus facilement dans le délire que la notion de la mort de sa mère était un souvenir privé de tout élément sensoriel.

On relève en outre dans l'observation l'éréthisme intellectuel qui, selon Dupré, active les mécanismes imaginatifs et un appoint alcoolique favorable à la fabulation.

CHAPITRE V

ETATS AIGUS

Obs. XVI. — Psychose intermittente.

Suzanne Pic., premier accès « excitation maniaque, avec loquacité, cris, déclamations incohérentes, propos grossiers et injurieux. Anxiété par intervalles, appels au secours. Agressivité. Arrêtée sur la réclamation de voisins, auxquels elle avait tenu des propos extravagants : le quartier va sauter, mon fils a inventé la lumière etc. » (Dupré)

Six ans après : « Psychose intermittente. Deuxième accès. Aisance, loquacité, idéation dispersée, sensiblerie, émotivité, rires et larmes se provoquant réciproquement, confidences, incurie foncière, puérilité. Besoin de cris.

Comme dans un précédent accès, parlait et parle encore de son fils. Conscience de l'excitation morbide et de l'identité de symptômes

Début brusque il y a huit jours, fuite, errance. Son fils (décédé il y a 3 ans) a été enterré vivant. Hallucinations auditives sans objectivité complète. Doute à ce sujet » (de Clérambault).

La méconnaissance présente le caractère habituel que confère la manie à ses conceptions délirantes. Transitoire,

changeante, réversible, tantôt elle s'impose à la conscience du malade, tantôt il la rectifie. A d'autres moments il en joue et l'on n'est jamais sûr de sa conviction.

Le fils fait chaque fois l'objet du thème délirant. Son souvenir possède en effet une lourde charge affective. Avant le premier accès, il avait abandonné le domicile maternel. Entre les deux accès il était mort, après une longue maladie. L'accès maniaque fait résurgir chaque fois cet état affectif, qui fournit les éléments du délire.

Obs. XVII. — Ivresse délirante.

John Gr. 40 ans américain, dipsomane, boit dix litres de vin par jour. Appétence toxique variée : alcool, véronal, gardénal, somnifène. Ivresses pathologiques, pendant lesquelles hypertonique, querelleur, impulsif, brutal, il fait du scandale dans les bars, brise la vaisselle et le mobilier.

Entre les crises, s'installe un fond mental de dépression et de subanxiété. Vie solitaire, sans occupations, sans amis.

Sa maîtresse, également Américaine et toxicomane, qui habitait dans le même hôtel un appartement situé au-dessus du sien, se tue un soir, en s'ouvrant les veines du poignet.

Au matin Gr., en traitement dans une Clinique, est informé du décès. Après avoir bu plusieurs verres de vin il se rend à son hôtel. Il monte dans la chambre de sa maîtresse, constate sa mort, ne manifeste aucun état émotif exagéré, descend dans son appartement, réfléchit aux démarches qu'il doit faire et sort. Il déjeune au restaurant, boit une bouteille de vin, dit-il, et du whisky. Revient à l'hôtel vers 3 heures, passe à peine quelques minutes dans la chambre de sa maîtresse et descend chez lui.

Vers 6 heures il retourne auprès de sa maîtresse. C'est sa troisième visite. La morte est couchée, recouverte d'un drap,

les mains jointes sur la poitrine, la tête enveloppée d'un bandeau qui enserre la mâchoire inférieure.

Gr. s'assied auprès du cadavre et pleure. Tout à coup il a l'impression que sa maîtresse n'est pas morte, et cette impression devient d'emblée une conviction qui va durer plusieurs heures.

Il prend le pouls, et le pouls bat. Il parle alors avec fougue à la morte. « Tu n'es donc pas morte, tu m'aimes toujours », la prend et la serre dans ses bras.

A ce moment, dit-il, ses souvenirs sont confus. D'après les témoins, il était dans un état de vive excitation psychomotrice, s'attachait au cadavre et semblait vouloir le violer. Trois personnes ne réussissaient pas à le maintenir.

Conduit à l'Infirmierie spéciale, Gr. resta longtemps debout dans sa chambre, calme, puis se coucha et dormit.

Le lendemain il se présente lucide, bien orienté, légèrement déprimé et fatigué. Il se plaint de son arrestation, réclame des cigarettes. Il rectifie son délire, convient de la mort de son amie, se préoccupe de son état et réclame sa liberté pour prendre soin des obsèques. Il reconnaît la nature morbide de son illusion « pendant quelques heures j'ai été égaré, hystérique ».

L'examen montre des signes d'imprégnation éthylique, visage vultueux, gros tremblement digital et lingual, insomnie, cauchemars. Amaigrissement. Réflexes pupillaires et tendineux normaux.

La méconnaissance du cadavre est passagère, non systématique mais absolue. Elle dure le temps de l'ivresse. Elle représente l'utilisation d'un bloc idéo-affectif, qui s'est édifié dans les sphères subconscientes. Comme dans les psychoses chroniques, dont l'ivresse délirante réalise en raccourci les processus, il s'agit d'une construction automatique, faite en dehors de la

conscience du sujet et qui est suivie d'une adhésion immédiate.

Le bloc idéo-affectif s'impose à la conscience du sujet à la faveur du déficit intellectuel momentané, créé par la confusion.

Obs. XVIII. — Epilepsie psychique. Mme Cog , 58 ans. Depuis 5 ans environ, crises convulsives, vertiges, actes automatiques, ambulations amnésiques.

Son fils meurt de tuberculose pulmonaire après plusieurs mois de la maladie.

Quelques heures après la mort, accès délirant subit et bref.

Anxiété et hostilité ; agitation, fuite. Elle entend la voix de son fils qui l'appelle. Elle crie « oui, tu respirez Attends-moi, je vais venir ».

Le lendemain elle reçoit la visite de son fils aîné et de sa bru, avec lesquels elle a toujours vécu en excellents termes. Elle s'occupe avec eux des devoirs de circonstance.

Dans la soirée, nouvel accès. Agitation anxieuse. Haines néoformées contre ses enfants qu'elle accuse de vouloir la voler et la tuer. Répétition du thème délirant. Elle appelle son fils. « Jean, lève-toi ; viens me venger. Viens à mon secours, c'est ton frère qui veut m'empoisonner ».

Infirmierie spéciale. Attaque convulsive pendant la nuit. Le lendemain, amnésie.

Cette méconnaissance traduit la simplification brutale des réalités, qu'on observe dans les délires par accès, ivresses pathologiques, équivalents comitiaux. Il s'agit, en un mot, d'une ecmnésie. Transporté à une période passée de son existence, le sujet vit à nouveau dans cette période, en deçà et au-delà de laquelle tout est présentement oublié.

Le noyau du délire épileptique est parfois un bloc idéo-affectif ayant une importance par lui-même et on peut voir dans sa valeur affective la cause de sa résurgence. Il se peut au contraire que l'incident revécu par le sujet ne possède qu'une charge affective minime et soit même éliminé de ses souvenirs normaux.

D'autre part, l'actualité et la récence influent beaucoup sur le choix du thème délirant au cours des psychoses toxiques. Elles peuvent agir de même dans les délires comitiaux. Dans notre observation, où l'accès débute subitement en période de surmenage émotionnel, la charge affective et l'actualité semblent avoir agi de concert.

Dans la genèse de la méconnaissance, le déficit intellectuel spécial et momentané réalisé par l'accès épileptique, permet à l'affectivité d'imposer à son gré les convictions.

Obs. XIX. — Psychose comitiale. Veuve Bel, 47 ans.

En mai 1921. Infirmerie spéciale ; procès-verbal : apparition brusque des troubles. Prostrée, taciturne, agressive. Méconnaissance rétrospective de la mort de son mari, décédé depuis plusieurs années. Elle dit que son mari va revenir. A moitié nue, elle s'installe dans la cuisine pour l'attendre. Puis elle se rend chez la concierge, pour être plus vite auprès de lui. Avant de descendre, actes saugrenus : va frapper à la porte de toutes les chambres du 6^e étage. Le lendemain, elle dit qu'elle n'a jamais eu de mari.

Certificat : « Débilité mentale ou affaiblissement psychique. Alternatives d'excitation et de dépression. Actuellement refus de répondre. Sourires. Attitudes extatiques ou passionnelles. Mimique érotique. Opposition. Résistance à

l'examen. Aurait manifesté des idées de persécution et de jalousie. Reproches à ses collègues de la calomnier. Attendait le retour de son mari décédé depuis plusieurs années. Désordre des actes. Excentricité. Clausturation ». (Heuyer).

Certificat immédiat : « Confusion mentale. Torpeur intellectuelle, éléments d'onirisme. Fièvre ». (Bonnet).

Certificat de quinzaine : « Confusion, désorientation ». (Bonnet).

Sortie guérie en octobre, aucun indice jusqu'à cette date n'avait permis de formuler l'hypothèse d'épilepsie.

En mai 1931 : Infirmerie spéciale ; procès-verbal : crise de folie subite. Brisait sa vaisselle et son mobilier. Depuis 15 jours ne travaille plus et ne sort pas.

Certificat : « Psychose présentement atypique. Aspect d'hypomanie. Aisance, enjouement, optimisme, affabilité. Agitation spontanée épisodique. Mutacisme. Propos absurdes proférés avec détachement. Fabulation surtout provoquée. Son mari devait être un étranger ; il s'est jeté en mer au large de Bordeaux, après avoir fait de la prison pour avoir battu son chef qui ne lui donnait pas assez à manger, etc. Dieu sauvera la France, Dieu aime tous les pays, son Dieu est arabe et porte plusieurs noms.

Déjà internée, 1921. Etat confusionnel avec fièvre, possibilité d'appoint polynévritique. A cette époque niait la mort de son mari et attendait son retour », de (Clérambault).

Ultérieurement la malade se présente tantôt optimiste, avec fabulation absurde à thème mystique ; tantôt morose, hostile, avec opposition, refus de réponse, grossièreté.

Une crise comitiale est venue donner la clé de ces présentations atypiques. D'après la famille, attaques de haut-mal pendant l'adolescence, puis deux séries de crises espacées.

Le substratum comitial explique ces états hypomania-

ques à début subit, alternant avec la morosité agressive ; les idées délirantes passagères de persécution, la fabulation mystique ; les épisodes confusionnels ; les actes saugrenus.

La méconnaissance de la mort au cours de l'accès se présente comme une éamnésie. La conviction est assez intense pour entraîner le passage aux actes (la malade s'habille, descend chez le concierge, pose des questions, etc.). La charge affective liée au souvenir de son mari est sans doute une des raisons de sa résurgence.

Mais le thème délirant disparaît au bout de 24 heures, tandis que l'état comitial n'est pas terminé. La malade déclare le lendemain qu'elle n'a jamais eu de mari. Ainsi à une négation d'un certain ordre, une négation d'un autre ordre s'est substituée. Les deux convictions sont de thème commun mais logiquement contradictoires, quoique de même origine.

L'élément affectif joue un rôle dans l'évocation et la négation systématique. Mais ce rôle se limite au choix de la donnée évoquée ou niée. L'affectif reste manœuvré par l'organique (de Clérambault).

Il faut remarquer d'autre part que, contrairement aux apparences, la fabulation de la malade, à son deuxième accès, s'exerçait sur des données réelles, l'invention ne portant que sur les détails. Elle avait été réellement mariée avec un arabe, celui-ci condamné et disparu depuis. Mais elle présentait comme dubitatifs des faits réels. Son mari devait avoir été un arabe, devait avoir été condamné, etc. Ce doute, appliqué au passé et affectant le même thème marital, paraît résul-

ter de processus identiques à ceux qui avaient engendré, auparavant, la négation systématique. Le doute tend, comme la négation, à supprimer les faits. Il représente ici un stéréotype.

Le sentiment de doute apparaît d'ailleurs en général, dans l'épilepsie, sous forme diffuse. Dans notre cas il reste circonscrit au thème marital. Cette limitation constitue un trait original.

Un autre trait original apparaît dans la coexistence, au cours de la fabulation, du doute et de l'euphorie. La présence de cet état affectif particulier avait obligé d'envisager l'hypothèse d'une psychose polynévritique.

Obs. XX — Epilepsie. — Chez un condamné célèbre, le sieur Papavoine, (meurtre de deux enfants au bois de Vincennes, 1825) (1) nous croyons reconnaître une psychose comitiale, avec accès délirants de forme subonirique, impulsive et amnésique. Au cours d'un de ces accès Papavoine a formulé une négation systématique.

« Mon oncle et mon frère sont-ils bien morts ? — Votre frère ? mais vous avez dans vos papiers son extrait mortuaire. Votre oncle ? mais vous savez qu'il est mort à mes côtés, à table, d'un coup d'apoplexie. Vous avez concouru à régler sa succession. — C'est qu'il y a tant de genres de mort. Et souvent on enterre des gens qui vivent encore et on dresse des actes pour constater qu'ils ne vivent plus ». Pen-

(1) Cette nég. systém. a été signalée à notre maître M. de Clérambault par M. le Dr Trénel, médecin-chef honoraire des Asiles. Du texte de Georget, M. de Clérambault a cru pouvoir conclure, aussi fermement que le permet une expertise sur pièces, à l'origine comitiale du meurtre

dant plusieurs jours cette idée devient chez lui une hantise, ou plutôt un stéréotype.

L'anamnèse tant familiale que personnelle, les circonstances et détails de son acte, parlent en faveur de l'épilepsie. Papavoine semble avoir été victime d'une erreur judiciaire que l'état de la Médecine légale à son époque explique et excuse en partie. D'ailleurs morbidité et irresponsabilité dans ce cas ont été reconnues et démontrées, dès l'époque, par Georget, dans son opuscule « Considérations médico-légales sur la liberté morale » 1825. Mais on ne pouvait, avant les travaux de Lasègue, Legrand du Saulle, Falret sur les formes larvées de l'épilepsie, préciser la nature du cas.

CONCLUSIONS

La négation systématique de la mort s'observe sous deux modalités : méconnaissance du cadavre au moment même de la mort ; méconnaissance rétrospective d'une mort ancienne.

Nous avons vu la méconnaissance du cadavre survenir au cours des démences (sénile, vésanique, p. g.), des affaiblissements (schizophrénies, délires chroniques), des états confusionnels (ivresse délirante, épilepsie). La méconnaissance rétrospective survient de même au cours des démences, des délires chroniques, des états aigus (manie, épilepsie). Quel que soit le processus qui la détermine, elle représente une éamnésie, une utilisation du passé affectif, d'une période qui a laissé dans le subconscient des traces profondes et que la psychose fait résurgir.

La pathogénie des méconnaissances de la mort est variable. De toute façon, l'affectivité joue un rôle important dans leur genèse. Tantôt sentiment ancien, tantôt sentiment actuel, elle fournit les thèmes de méconnaissance. Mais ceux-ci ne réussissent à s'imposer à la cons-

science du sujet qu'à la faveur d'un déficit intellectuel. L'affectivité semble utiliser l'altération intellectuelle pour modeler à son gré les croyances et les convictions.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*
BALTHAZARD. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ALBES. — De l'illusion de fausse reconnaissance (*Thèse Paris*, 1906).

G. BALLET. — Traité de Pathologie mentale (Doin, 1903).

E. BERNARD-LEROY. — L'illusion de fausse reconnaissance (Alcan, 1908).

BOUVIER. — Le syndrome illusion des sosies (*Thèse Paris*, 1926).

BRIAND et PORCHER. — Les douteurs, déterreurs de cadavre (*Bull. de la Soc. clinique de Médecine mentale*, janvier 1920).

CAPGRAS et REBOUL-LACHAUX. — L'illusion des sosies (*Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, janvier 1923, t. II).

CAPGRAS et CARRETTE. — Illusion des sosies et complexe d'OEdipe (*Annales médico-psychol.*, mai 1924, t. II).

CAPGRAS, LUCCHINI et SCHIFF. — Illusion des sosies et P. G. (*Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, décembre 1924).

CHASLIN. — Eléments de séméiologie et de clinique mentales (Asselin et Houzeau, 1912).

H. CLAUDE. — Psychoses paranoïdes (*Encéphale*, mars 1925).

DE CLÉRAMBAULT. — Sur un cas de délire à deux (*Archives de Neurologie*, novembre 1907).

DE CLÉRAMBAULT. — Les Psychoses hallucinatoires chroniques (*Bulletin de la Soc. clin. de Méd. ment.*, décembre 1923 et janvier 1924).

DE CLÉRAMBAULT. — Psychoses à base d'automatisme (*La Pratique Médicale Française*, mai 1925, juin 1926).

DUPOUY et MONTASSUT. — Syndrome des sosies (*Annales Médico-psychol.*, 1924, t. II).

DUPRÉ. — Pathologie de l'Imagination et de l'émotivité (Payot, 1925).

HALBERSTADT. — Syndrome d'illusion des sosies (*Journal de Psychologie*, octobre 1923).

KRAFT-EBING. — Traité clinique de psychiatrie (5^e éd. traduction Laurent, Maloine, 1897).

LÉVY-VALENSI. — L'Illusion des sosies (*Gaz. des Hôpitaux*, 10 juillet 1929).

SÉGLAS. — Leçons cliniques de la Salpêtrière, recueillies par Meige (Asselin et Houzeau, 1895).

SÉRIEUX et CAPGRAS. — Les Folies raisonnantes, le délire d'interprétation (Alcan, 1909).

TARGOWLA et DUBLINEAU. — Les intuitions délirantes (*Pratique médicale Française*, décembre 1930).

J. VIÉ. — Un trouble de l'identification des personnes : l'illusion des sosies (*Annales médico-psycholog.*, mars 1930).

